

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°
384

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles SELLET

Né à Strasbourg, le 8 Septembre 1885

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Répétiteur d'obstétrique à la clinique Baudelocque

Moniteur de manœuvres obstétricales à la Faculté de Médecine

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

GESTATIONS

DITES PROLONGÉES

Président : M. PINARD, professeur

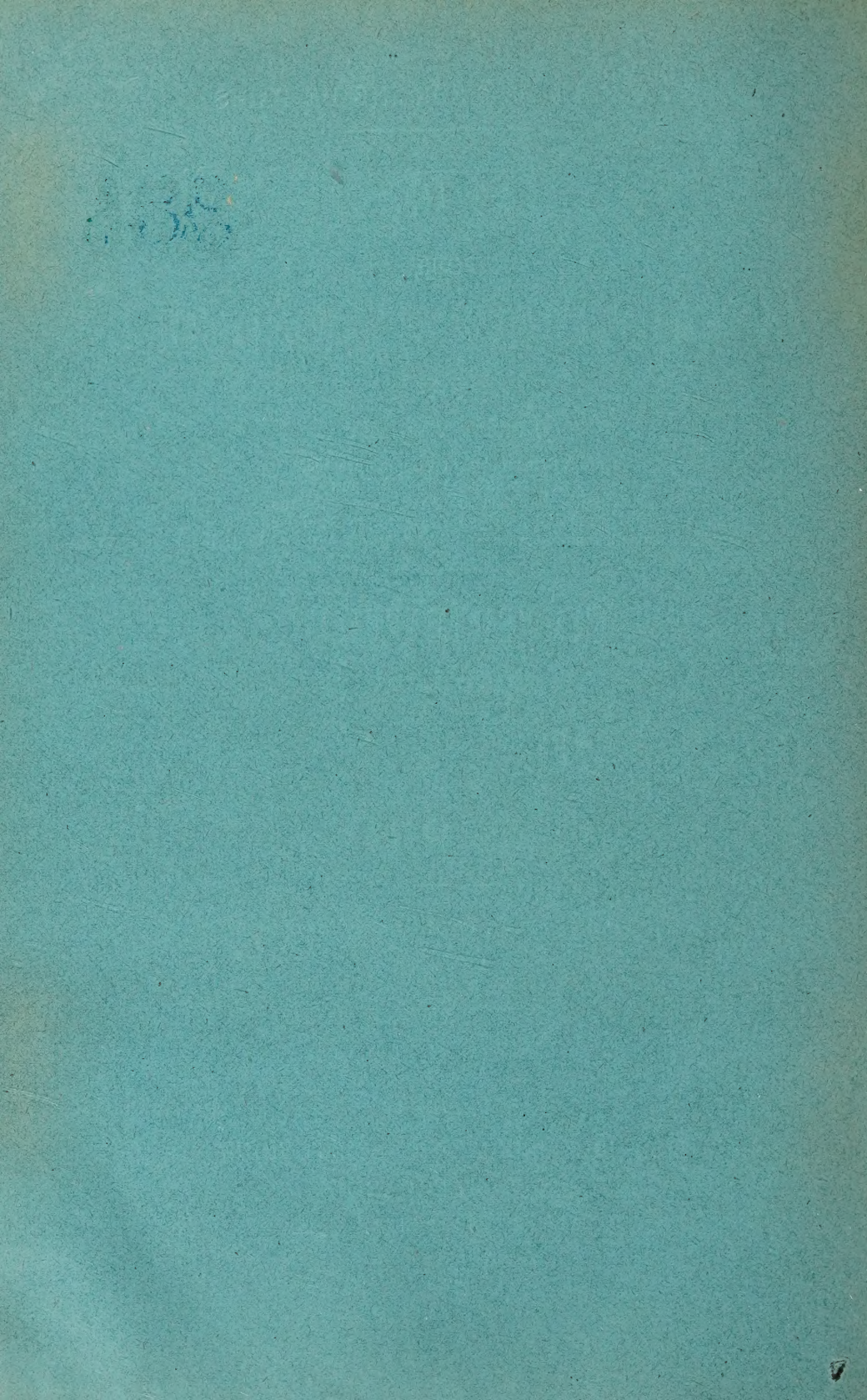
PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

AMÉDÉE LEGRAND

36, RUE SERPENTE, 36

1913



384

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles SELLET

Né à Strasbourg, le 8 Septembre 1885

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Répétiteur d'obstétrique à la clinique Baudelocque

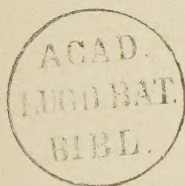
Moniteur de manœuvres obstétricales à la Faculté de Médecine

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

GESTATIONS

DITES PROLONGÉES



Président : M. PINARD, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

AMÉDÉE LEGRAND

36, RUE SERPENTE, 36

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. LANDOUZY.

Professeurs

Anatomie	MM. NICOLAS.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	GILBERT BALLET.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	Bibemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEU ^A	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBRECOURT	TRIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECLINE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA BONNE MÈRE

A LA MÉMOIRE CHÉRIE DE MA GRANDE SŒUR

A MA CHÈRE PETITE SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MA TANTE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Qu'il nous soit ici permis de dire à notre vénéré Maître toute notre profonde reconnaissance et notre respectueuse affection.

Depuis le jour où il a bien voulu nous accepter comme externe, il n'a cessé de nous témoigner sa sollicitude et sa bienveillance en nous nommant d'abord répétiteur, en nous donnant ensuite un sujet de thèse, qu'il nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider, après nous avoir si affectueusement guidé dans notre travail.

Nous n'oublierons jamais que si nous nous sentons prêt à affronter les difficultés de la pratique de jour en jour plus ardue c'est à son enseignement magistral et à son exemple paternel que nous le devons.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALLICH

Témoignage d'une très vive et profonde reconnaissance pour la bienveillance toute particulière qu'il nous a toujours témoignée, pour l'appui et les affectueux conseils qu'il ne nous a jamais ménagés.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

Accoucheur des Hôpitaux

En hommage de notre très affectueuse gratitude pour les conseils, l'enseignement, et les sentiments de sympathie qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY

Médecin des Hôpitaux

En témoignage d'une inoubliable reconnaissance.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
ET A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMPENON
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR MOUTARD-MARTIN
Médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR DELBET
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR LEGUEU
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR BROcq
Médecin des Hôpitaux

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
ET A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOBÉCOURT

Médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR BABONNEIX

Médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

Accoucheur des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAUVAGE

Accoucheur des Hôpitaux

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
ET A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

M. LE PROFESSEUR A. BROCA
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-L. FAURE
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR MOUCHOTTE
Ancien chef de Clinique à la Faculté

M. LE DOCTEUR CAZEAUX
Chef de Laboratoire à la Faculté
(*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR LACASSE
Ancien chef de Clinique à la Faculté

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
ET A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

M. LE DOCTEUR POTTET

Ancien chef de Clinique à la Faculté

M. LE DOCTEUR LE MASSON

Ancien chef de Clinique adjoint à la Faculté

M. LE DOCTEUR ED. LÉVY

Chef de Clinique à la Faculté

M. LE DOCTEUR EUDES

Chef de Clinique adjoint à la Faculté

M. LE DOCTEUR LELIÈVRE

Chef de Laboratoire à la Faculté

HISTORIQUE

Le problème de la durée de la gestation est d'un tel intérêt, non seulement au point de vue physiologique, mais encore au point de vue social, que l'on comprend aisément les discussions qu'il a soulevées dans tous les milieux et à toutes les époques de l'Histoire.

C'est ainsi que les plus anciens auteurs parlent déjà de la durée de la gestation. Dans l'Antiquité, alors que l'invariabilité de l'époque de la naissance pour chaque espèce d'animaux vivipares est établie comme un véritable axiome, il n'est pas de terme fixe reconnu pour la naissance de l'homme.

Pour Hippocrate « un fœtus peut naître au septième, au huitième, au neuvième ou au dixième mois ; c'est là le terme le plus long de la gestation, celui qui donne les meilleures conditions de vie ; le huitième mois est le terme le plus mauvais à cause de la souffrance de quarante jours que le fœtus souffre du reste aussi bien dans la matrice qu'après la naissance, s'il naît à ce terme. L'accouchement se produit quand l'aliment fourni par la mère ne suffit

pus ; alors le fœtus, désirant plus de nourriture, s'agite, rompt les membranes, et chemine incontinent au dehors (1) ».

Quant à Aristote, il dit : « le temps de la gestation des animaux est limité à un espace fixe ; l'homme seul naît à différents termes : il naît à sept mois, à huit, à neuf ou à dix mois ; ce dernier terme est le plus ordinaire ; quelque fois pourtant la durée de la gestation entame le onzième mois (2) ».

Dans Soranus d'Ephèse on trouve cette phrase : « {Pour pouvoir préparer les choses nécessaires à l'accouchement, il est indispensable de connaître les signes précurseurs des accouchements au septième, neuvième et dixième mois (3) ».

Cette opinion, qui assignait à la gestation une durée éminemment variable, rencontra un de ses principaux contradicteurs en Ch. Guillemeau (4), qui dans son traité *De la grossesse et de l'accouchement des femmes* écrit deux chapitres ainsi intitulés :

Chapitre I^{er} : « Le gouvernement de la femme enceinte durant les neuf mois de sa grossesse ». Et chapitre VI : « Comment la femme grosse se doit gouverner les neuf mois de sa grossesse ».

(1) Hippocrate, *Traité de la naissance de l'enfant*. Traduction Littré, t. VII. Livre du fœtus de sept mois. Livre du fœtus de huit mois. Livre quatrième : *De la génération, de la nature de l'enfant*, 1851, p. 136-452-462.

(2) Aristote, *Histoire naturelle des animaux*, t. I, page 431. Traduction Camus, 1783.

(3) Soranus d'Ephèse, traduction F. G. Herrgott, 1895, p. 69.

(4) Guillemeau, *De la grossesse et l'accouchement des femmes*, Paris, 1613.

Louise Bourgeois, dite Boursier, parle d'une demoiselle anglaise qui porta un enfant onze mois, mais la lecture de l'observation démontre bien qu'il s'agissait d'une gestation extra-utérine (1).

Mauriceau, à propos du sujet qui nous occupe, dit d'abord : « Il y a néanmoins une grande contestation entre plusieurs auteurs touchant les différents termes jusques auxquels la femme peut porter son enfant ; mais tous demeurent d'accord que les termes les plus ordinaires sont *le septième et le neuvième mois, et principalement le neuvième* ; ce qui est connu et approuvé d'un chacun (2) ».

Puis plus loin : « Il est souvent arrivé grande contestation parmy les Médecins, pour savoir si un enfant qui vient au monde onze ou douze mois après la mort de son père, peut être légitimement né, et juridiquement admis à son héritage, ou s'il en doit être frustré, comme un enfant supposé : la question en a été agitée bien des fois parmi les Romains, aussi bien qu'entre nous ; et il y a eu des partisans pour et contre l'une et l'autre opinion ; quant à moi, pour éviter prolixité, je la laisserai indécise et n'ajouterais rien sur ce fait à ce que j'ay dit ci-dessus (3) ».

Smellie admet, lui, que la femme grosse peut dé-

(1) Louise Bourgeois, dite Boursier, 1626. Observations, livre II, p. 17.

(2) Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses*, Paris, 1681, p. 194 (3^e édition).

(3) Mauriceau, *Loc. cit.*, p. 200.

passer « le terme ordinaire de la grossesse de quatre ou cinq semaines pour le moins (1) ».

Nous trouvons ces différentes opinions pendant toute la durée du XVIII^e siècle, aussi ne ferons-nous pas d'autres citations.

Nous avons omis volontairement de citer l'opinion des jurisconsultes de l'époque, ne reconnaissant à ces derniers aucune valeur, car, comme le dit Mauriceau : « les hommes peuvent bien en cela rendre leurs lois conformes aux règles de la nature, mais je soutiens qu'il leur est impossible de lui en prescrire d'autres que les siennes propres, ni de l'assujettir à celles qu'ils font (2). »

Et les lois de la nature, à ce sujet, ils ne les connaissent pas.

Pendant le XIX^e siècle, nous allons voir en France la question résolue pour ainsi dire au point de vue légal, mais non au point de vue médical. D'après la loi française, article 315 du Code civil : tout enfant né après le 180^e jour, ou avant le 300^e jour du mariage, est déclaré par elle légitime ; et, comme si elle considérait comme possible que la gestation pût se continuer au delà de dix mois, elle ajoute que la légitimité de l'enfant né 300 jours après la dissolution du mariage *pourra* être contestée.

Les législateurs français se sont donc montrés

(1) Smellie, *Observations sur les accouchements*. Traduction de Préville, 1756. Obs. I, p. 108.

(2) Mauriceau, *loc. cit.*, p. 200.

extrêmement sages. Mais que disent les accoucheurs ?

Cazeaux dit : « C'est ordinairement vers le 270^e jour après la conception que se termine la grossesse. Cependant l'accouchement a souvent lieu à une époque moins avancée, et peut aussi (mais ce dernier fait est beaucoup plus rare) n'arriver que dans le courant du dixième mois, et même au dixième mois révolu (1).

Pour Depaul (*Leçons Cliniques*) il est d'une grande difficulté pour l'accoucheur de préciser l'époque de la conception, difficulté qui rend pénible la recherche de la durée de la grossesse. Cependant ayant eu 30 cas dans lesquels il a pu obtenir une date certaine sur le début de la grossesse, il a toujours vu l'accouchement se faire du 265^e au 270^e jour. Il ajoute qu'il n'a jamais vu ce terme dépassé que lorsqu'un obstacle matériel existait et s'opposait à la réalisation des vœux de la nature, et dans ces cas celle-ci ne manquait pas d'affirmer ses droits en mettant en jeu la contractilité utérine à l'époque voulue (2).

Stoltz n'admet point non plus les grossesses prolongées. Dans l'article « grossesse » du Dictionnaire de Médecine et Chirurgie il dit que la grossesse ne peut se prolonger plus de quinze jours, en ne comptant pas la durée du travail qui peut se prolonger

(1) Cazeaux, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 7^e édition, 1867, p. 366.

(2) Depaul, *Leçons de clinique obstétricale*, 1872, p. 98.

quelquefois pendant six jours, et en ne comptant pas non plus les empêchements mécaniques de la naissance.

En un mot, il n'admet la gestation prolongée que dans le cas de prolongation du travail, d'obstacle mécanique et de mort du fœtus (1).

Un élève de Stoltz, au contraire, Feltz, adopte dans sa thèse les conclusions suivantes :

1° Les naissances tardives ne peuvent être révoquées en doute, la grossesse peut même se prolonger au delà du 300^e jour.

2° Les grossesses prolongées ont pour résultat l'excès de développement du fœtus, l'ossification plus développée du crâne ; le raisonnement et l'expérience le démontrent.

3° L'excès de développement du fœtus est une cause de dystocie (2).

En résumé, pour la très grande majorité de ces auteurs la gestation est chose fixe, de durée nettement déterminée, mais, se basant sur ce fait, admis aujourd'hui encore, que d'après le développement des enfants, le plus grand nombre des fécondations semble avoir lieu dans les dix jours qui suivent la menstruation, ils déduisent de la clinique à la physiologie que la fécondation doit avoir lieu dans la semaine, ou au maximum dans les dix ou douze jours qui suivent la dernière apparition des règles.

(1) Stoltz, Article grossesse. *Nouveau dict. de médec. et de chirurgie*, t. XVII (1873).

(2) Feltz, *Thèse de Nancy*, 1872.

Aussi la thèse de Gaston, inspirée par M. Pinard, alors chef de clinique, publiée en 1875 sur « la durée de la grossesse, ses rapports avec la conception, l'ovulation et la menstruation », thèse basée sur des données physiologiques plus précises et des faits cliniques bien observés, donna-t-elle très nettement une nouvelle orientation à la question en mettant en lumière l'écart d'un mois qui, selon la date de la fécondation peut séparer la dernière apparition des règles du début de la gestation.

Voici quelles sont ses intéressantes conclusions :

1° La grossesse n'a pas une durée qui soit la même pour tous les cas ; le plus habituellement elle dure de 267 à 274 jours.

2° La conception peut avoir lieu quelques jours après la cessation des règles, mais elle peut se produire aussi au moment où celles-ci apparaissent et supprimer alors l'écoulement menstruel.

3° La conception, quoique moins fréquente, est cependant possible dans la période inter-menstruelle, ce qui est établi par quelques-unes de nos observations, lesquelles contrôlent les recherches de Slawjanski et prouvent qu'ovulation et menstruation sont deux fonctions distinctes.

4° La multiparité paraît entraîner une plus grande durée de la période de gestation (1).

L'année suivante (1876) la thèse de Schmit sur « les grossesses prolongées » reprend toute la ques-

(1) Gaston, *Thèse de Paris*, 1875.

tion sur les données de Gaston ; il discute longuement tous les faits publiés comme grossesses prolongées, et cherche à tous les expliquer à l'aide de cette nouvelle conception de la fécondation. Il conclut que :

1° Les grossesses prolongées n'existent pas ;

2° Les observations que l'on a rapportées comme telles, ne relatent que des faits dans lesquels il y a eu des erreurs dans la date de la conception et où l'accouchement, lorsqu'il a eu lieu au delà du terme normal, a été retardé par une cause de dystocie variable, résidant soit dans le bassin, soit dans l'excès de développement ou dans la position du fœtus ;

3° L'excès de développement du fœtus que l'on observe quelquefois au terme de la grossesse, ainsi que le prouvent les faits que nous avons rapportés, ne peut donc nullement être attribué à la prolongation de la gestation : « Il est la cause et non l'effet ».

Des conclusions précédentes découle par le fait une application médico-légale que nous ne pouvons passer sous silence ;

4° Le terme de 300 jours fixé par l'article 315 de la loi, pour la légitimité d'un enfant, dépasse par conséquent la durée la plus longue des grossesses ordinaires (1).

A sa suite, Müller (1877) (2), Villard (1878) (3), Estachy dans un mémoire publié à Marseille en 1881

(1) Schmit, *Thèse* de Paris, 1876.

(2) Müller, *Thèse* de Nancy, 1877.

(3) Villard, *Thèse* de Paris, 1878.

et intitulé « Critique médicale des grossesses dites prolongées » (1), Voituriez dans ses « Considérations sur la durée de la grossesse, dans ses rapports avec l'ovulation et la menstruation » (2), Marcopoulos dans sa thèse sur « La grossesse dite prolongée et la rétention » (3), Cazalis envisageant le « Problème de la durée de la grossesse » (4), posent la question de la même manière : en dehors de la rétention ou des dystocies résultant de tel ou tel obstacle mécanique apporté à l'accouchement, ils ne reconnaissent pas de grossesses prolongées.

C'est du reste l'opinion des auteurs classiques :

L'illustre accoucheur allemand Nægelé s'exprime ainsi : « On ne possède aucune donnée certaine sur la durée réelle de la grossesse » (5).

Dans Tarnier et Chantreuil nous lisons : « C'est la dernière menstruation qui, au point de vue clinique, sera la meilleure base pour la fixation du terme de la grossesse ». Nous verrons ce qu'il faut en penser. Puis plus loin :

« Existe-il une grossesse prolongée ? Nous ne la croyons possible que dans les cas de grossesse extra-utérine, de rétention du fœtus mort dans la cavité utérine, ou d'obstacles siégeant au niveau du col et

(1) Estachy, *Critique médicale des grossesses dites prolongées*, Marseille, 1881.

(2) Voituriez, *Thèse de Paris*, 1884-85, n° 158.

(3) Marcopoulos, *Thèse de Paris*, 1893-94, n° 31.

(4) Cazalis, *Thèse de Paris*, 1904-1905, n° 271.

(5) Nægelé, *Traité pratique des accouchements*, traduction Aubenas, 2^e édition, Paris, 1880, p. 87.

empêchant l'accouchement. Stoltz et Müller ne veulent même pas admettre la prolongation de la grossesse en dehors des cas de gestation extra-utérine. Cependant il existe des cas où il ne nous paraît pas douteux que le fœtus mort soit resté dans la cavité utérine au delà des limites extrêmes » (1). Et ces auteurs citent deux observations de rétention, l'une due à Menzius, l'autre au professeur Herrgott, où il est signalé un fœtus mort vers le cinquième mois de la gestation, qui ne fut expulsé que dans le courant du douzième mois !

Ribemont-Dessaigne et Lepage (2), eux, ne prennent pas parti dans la discussion ; ils se contentent de citer les opinions contradictoires des différents auteurs.

C'est en effet à notre maître, M. le Professeur Pinard, que revient l'honneur d'avoir débrouillé cette question et de l'avoir clairement posée. Puisque tout notre travail est inspiré par son enseignement, nous ne citerons pas ici les différents endroits où il s'explique à ce sujet. Pour lui, toute la question se résume ainsi : après avoir rejeté les trop nombreux cas pathologiques ou dystociques dans lesquels on a, à tort, parlé de gestations prolongées, après avoir définitivement séparé la rétention de la gestation, il se place franchement en face des faits et devant

(1) Tarnier et Chantreuil, *Traité de l'art des accouchements*, 1^{re} édition, 1888, p. 569.

(2) Ribemont-Dessaigne et Lepage, 5^e édition, 1900, p. 204 à 207.

les femmes qui, entre la dernière apparition de leurs règles et la date de leur accouchement, ont présenté un laps de temps supérieur à 300 jours, il se demande si, dans l'état actuel de nos connaissances, ces états méritent le nom de gestations prolongées. Une fois encore ce sont ses idées que nous allons développer, en nous basant sur les faits qu'il invoque pour tirer ses conclusions.

DES FAITS PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES
SUR LESQUELS REPOSE LA CONCEPTION AC-
TUELLE DE LA GESTATION DITE PROLONGÉE.
GESTATION RETARDÉE

Comment peut-il se faire qu'après tant de discussions, après tant de recherches, un chapitre aussi capital de l'histoire de la Médecine, et d'un ordre aussi général en vertu des intérêts multiples qui s'y rattachent, soit aujourd'hui encore aussi difficile à résoudre ?

C'est que la solution du problème qui nous occupe est intimement liée à celle d'un autre problème, tout aussi discuté, tout aussi imprécis : celui de la durée d'une gestation dite normale. Comment oser parler d'une gestation prolongée, si l'on ignore ce qu'est une gestation à terme ?

Nous devons donc nous aussi commencer par résumer les données que nous possédons sur la durée de la gestation, et d'après lesquels il est d'usage d'en calculer le terme. Tout le problème, à notre avis, réside dans cette détermination du terme. Aussi allons-nous, après avoir passé en revue les différents points de repère que la nature fournit comme base

à ce calcul, nous efforcer de déterminer leur valeur par rapport aux enseignements que nous donne la physiologie.

Mais il nous paraît absolument nécessaire, indispensable de définir d'abord *la gestation*.

La gestation est, comme notre maître le Professeur Pinard, le premier, l'a définie dans l'article « Grossesse » du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales : « L'état fonctionnel dans lequel se trouve la femme pendant toute la durée du développement de l'œuf ». A l'article « Gestation » du Dictionnaire de Physiologie de Richet, il dit encore : « la Gestation est l'état fonctionnel particulier que présentent les femelles des Mammifères, qui, après avoir été fécondées, portent et nourrissent le ou les produits de la génération ».

Et il préfère cette seconde définition où le mot gestation remplace le mot grossesse, car mieux que le second il exprime que « la femelle visiblement gestante est celle qui donne en même temps la nourriture et le logement ».

Nous ne saurions trop insister sur cette définition : seule elle répond à la réalité des faits, seule elle tient compte des données de la physiologie qui, comme nous le verrons plus loin, nous dit que « pour qu'une femelle soit véritablement en état de gestation, il faut que non seulement elle porte le produit de la génération, mais qu'en même temps elle

le nourrisse ». Seule aussi, à l'encontre de toutes les définitions de la gestation proposées jusqu'à ce jour, elle en fixe la terminaison dans l'arrêt du développement de l'œuf, soit par la mort du fœtus, soit par l'expulsion d'un produit ayant atteint son développement normal et complet. L'arrêt du développement de l'œuf est la terminaison de la gestation. La femme n'est plus en état de *gestation*, elle est en état de *rétention*.

Dès maintenant il est donc bien entendu que du cadre de notre étude nous éliminerons tout ce qui a trait à la rétention, qui constitue un état complètement différent de celui que nous nous sommes proposés de traiter ici.

La gestation ainsi définie, quels sont les éléments dont nous disposons pour en calculer soit la durée totale et normale, soit l'âge à un moment donné de son évolution ?

Deux ordres de faits pourraient donner à ce problème la solution depuis si longtemps cherchée. Ce sont : les symptômes du début de la gestation, ou au contraire les signes de la maturation du fœtus.

Examinons donc la valeur de nos connaissances sur ces deux sujets. Mais pour la facilité de l'exposition nous demandons la permission de commencer par le second de ces deux points : les signes de la maturation du fœtus.

De tels signes existent-ils ? De tout temps les accou-

cheurs, et surtout les médecins légistes, se sont occupés de cette question, anxieux de trouver un signe de certitude qui puisse mettre fin à tant de conflits. Malheureusement aujourd'hui encore la même incertitude continue à régner. « Il n'existe aucun signe pathognomonique de la maturation du fœtus, dit le Professeur Pinard dans l'article « Fœtus » du Dictionnaire des Sciences Médicales. On ne peut se baser exclusivement ni sur la longueur, ni sur le poids, ni sur le nombre et la localisation des comédons, ainsi que le veut Otto Küstner, ni même sur l'apparition du point d'ossification épiphysaire du fémur décrit par Béclard, pour affirmer qu'un fœtus est à terme. En réunissant en faisceau ces éléments, on n'arrive jamais qu'à un certain degré de probabilité, mais on n'aura jamais de critérium absolu. »

Un peu plus loin le Professeur Pinard explique le signe de Béclard ; ce dernier croyait que dans l'épiphyse fémorale des enfants à terme se trouvait toujours un point d'ossification mesurant 5 millimètres de diamètre. Mais les travaux de Hecker, Guichard, Hartmann ont montré que parfois ce point d'ossification offre le même diamètre chez des fœtus qui ne peuvent pas être à terme, et que, de plus, il se montre assez souvent inconstant.

Pour les mêmes raisons Brouardel écrit dans son livre sur l'infanticide : « Quand un enfant est-il à terme ? vous verrez qu'en fait, il est à peu près impossible de jamais fixer un âge précis ».

Enfin Lacassagne (1906) et Balthazard (1911) enre-

gistrent la même impossibilité, bien que ce dernier auteur, après avoir fait la critique des arguments tirés du point de Béclard, et du cloisonnement des alvéoles dentaires du maxillaire inférieur, se permette d'ajouter : « des caractères tirés du système osseux on peut conclure qu'un nouveau-né est arrivé à une époque voisine du terme de la vie intra-utérine ».

Nous n'insisterons pas plus longuement sur l'impossibilité où nous sommes d'établir le terme d'une gestation par les symptômes de maturation du fœtus. Or, nous retrouvons la même impossibilité à fixer le début de la gestation. Faute de signes propres, nous sommes obligés de nous en rapporter à deux points de repère : la dernière apparition des règles, ou, quand la chose semble possible, la date du coït fécondant.

Voyons alors quels rapports il existe entre ces deux points de repère et le début de la gestation. Seule la physiologie peut nous renseigner ; et nous verrons la valeur qu'il faut leur accorder quand nous aurons fait la somme de nos connaissances — hélas trop courtes encore — concernant la menstruation ou la copulation par rapport à l'ovulation, la fécondation et la gestation.

A ce sujet nous devrions pouvoir recopier mot à mot la lumineuse leçon faite à la Clinique Baudelocque, le 5 novembre 1909, par le Professeur Pinard. C'est en tous cas dans ce résumé de toutes les con-

naissances actuelles sur ce sujet que nous allons amplement puiser. Voici comment s'y exprime notre maître :

« Et d'abord qu'est-ce que la menstruation ? Fait extraordinaire, cette chose observée de tout temps et en tout lieu nè possède pas encore une définition pouvant rallier tous les suffrages, et cependant tout le monde s'en est occupé : naturalistes, biologistes, physiologistes, accoucheurs, et même littérateurs !... Un professeur de physiologie au Collège de France, auquel je posais la question : « Qu'est-ce que la menstruation ? » me répondit justement parce qu'il est un vrai savant : « Je ne sais pas ! »... Mais je laisse de côté ces considérations générales et je ne veux envisager que les faits... Les faits permettent-ils de donner une définition ? Oui, je vais essayer de vous en donner une pouvant nous satisfaire, nous obstétriciens : la menstruation est un écoulement sanguin, d'origine utérine, se faisant au niveau des organes génitaux, se reproduisant tous les mois, chez la femme saine et bien portante, pendant toute la période de fertilisation ; écoulement sanguin périodique qui est supprimé d'une façon absolue par toute gestation, et d'une façon relative par l'allaitement...

« Ceci dit, je dois examiner quelle peut être la cause et la signification de cette hémorragie périodique. Les anciens croyaient que le sang était expulsé mensuellement parce qu'aliment du fœtus il devait être expulsé lorsqu'il n'y a pas gestation. D'où le terme de purgation, terme qu'on retrouve

aussi bien dans Soranus d'Ephèse que dans Guillemeau, et dont la signification fut acceptée, on peut dire, par tous les accoucheurs jusqu'au milieu du siècle dernier... C'est seulement après les observations et les travaux de Gendrin et de Négrier qu'on commença à entrevoir une corrélation entre l'ovulation spontanée chez les mammifères, et la femme en particulier, et la menstruation. Les autopsies des femmes mortes au moment des règles, ou peu avant ou après, ayant montré à ces observateurs sagaces que les ovaires présentaient à leur surface des vésicules ovariennes déchirées. De là on conclut à un rapport entre l'ovulation et la menstruation, et depuis ce moment jusqu'aujourd'hui on discute pour savoir si véritablement la menstruation est la conséquence de l'ovulation... Si je me cantonne sur le terrain obstétrical, il me semble que nous pouvons faire disparaître ce point d'interrogation. S'il y a corrélation entre l'ovulation et la menstruation, et si la menstruation est la conséquence de l'ovulation, on doit constater ceci, à savoir qu'il ne peut y avoir fécondation sans menstruation.

Or, qu'observent les accoucheurs? Depuis 1900, c'est-à-dire depuis neuf ans, 10.886 multipares sont venues accoucher dans mon service, à la Clinique Baudelocque. Sur ce nombre, 505 femmes ont été fécondées sans avoir eu leurs règles... Donc nous pouvons affirmer que l'ovulation complète, parfaite, suivie de fécondation, n'entraîne pas, ne provoque pas la menstruation. Les 505 femmes de notre statis-

tique en sont la preuve indiscutable... Elles allaient le plus souvent, mais il en est d'autres aussi qui n'allaitaient pas...

« Qu'est-ce alors que la menstruation ? une fonction ? non, c'est un accident. C'est l'avortement ovulaire. La femme a ses règles parce que l'ovule qu'elle a pondu n'a pas été fécondé et qu'un autre arrive périodiquement, selon un rythme harmonieux, à maturité. La menstruation, encore une fois, n'est pas une fonction, elle est la manifestation d'un avortement ovulaire.

« Jusqu'à l'âge où apparaît cette manifestation extérieure, la menstruation, la femme n'est qu'un support. C'est un organisme qui contient un trésor sommeillant dans ses ovaires : les ovules primordiaux. Ce que la femme renferme dans ses ovaires est plus ancien qu'elle ; c'est quelque chose d'immortel, c'est l'Espèce qui va sommeiller tant que le support sera insuffisant pour permettre à celle-ci de se développer. Puis les cellules primordiales de l'ovaire se développent, et le support est dès lors, d'une façon absolue, sous la dépendance de l'Espèce, l'Espèce d'autant plus autoritaire que l'individu est sain. »

.
Qu'il nous soit permis ici d'ouvrir une courte parenthèse, indispensable au point de vue spécial du sujet que nous traitons.

Rappelons le point de départ de notre chapitre ; il peut en partie se résumer ainsi : de quelle valeur

est la dernière apparition des règles pour fixer le début d'une gestation ? Sans préjuger de la solution qu'en dernière analyse nous proposerons à cette question, il est bien évident, puisque l'ovulation est possible sans menstruation, que dans les cas où la fécondation aura lieu en dehors de toute apparition des règles, la question de ce point de repère ne saurait même pas se poser.

Et nous devons faire entrer dans la même catégorie tout un autre groupe de femmes : ce sont celles qui présentent des règles irrégulières, survenant tous les deux, trois mois ou même plus, et chez lesquelles, pour les mêmes raisons, il ne peut pas davantage être question d'utiliser la dernière apparition des règles comme point de repère capable de servir de base au moindre calcul.

Toutes ces éliminations une fois faites, il ne nous reste donc plus, pour juger de la valeur des dernières règles par rapport au début de la gestation, que les femmes absolument saines, c'est-à-dire régulièrement réglées.

Nous en avons ainsi terminé avec les rapports de la menstruation et de l'ovulation. Envisageons maintenant ceux de l'ovulation et de la copulation avec la fécondation.

« On confond généralement tout. Il y a eu menstruation, puis copulation ; on connaît par conséquent, dit-on, le début de la gestation. Ah ! que non !

Et que d'étapes à franchir entre la copulation et la gestation ! »

Avec les connaissances que nous avons déjà acquises nous dirons donc : prenons une femme bien réglée, pour laquelle on connaît la date de l'unique copulation. Quand la fécondation va-t-elle avoir lieu par rapport à la copulation.

Nous savons de par les recherches des physiologistes, que, lorsqu'il n'y a pas de temps perdu par les spermatozoïdes, et que les ovules sont à l'état de maturité complète, la fécondation ne peut pas se produire avant la vingt-huitième heure, car on a calculé la vitesse d'ascension des éléments mâles, et la longueur de chemin à parcourir, sachant classiquement (?), d'autre part, le lieu où se fait le plus souvent la rencontre entre les spermatozoïdes et les éléments femelles. Il ne faut pas moins, avons-nous dit, de vingt-huit à trente heures.

Mais est-ce que l'œuf est toujours mûr quand le rencontre le spermatozoïde ? Non, certes.

Est-ce que l'élément mâle peut séjourner longtemps sur le terrain féminin en pleine vie ? Oui, pendant huit jours, dix jours, douze jours, et peut-être davantage.

Alors on ignore complètement quand se fait cette première fécondation résultant de la conjonction de deux cellules renfermant le plasma immortel, le spermatozoïde et l'ovule.

Puis, quand cette rencontre a lieu, il y a une autre fécondation intra-cellulaire.

Il faut, comme le dit Retterer dans le Dictionnaire de Physiologie, que les deux noyaux, ou plutôt deux fractions de noyaux réunissent leur substance nucléaire.

Trois copulations sont donc nécessaires pour qu'il y ait fécondation : copulation sexuelle, copulation extra-cellulaire (rencontre du spermatozoïde et de l'ovule), copulation intra-cellulaire. Or, nous venons de voir qu'il nous est impossible de dire quel est l'intervalle qui sépare la copulation sexuelle de la copulation extra-cellulaire ; il nous est également impossible de déterminer quel intervalle il y a entre la seconde et la troisième copulation, c'est-à-dire entre le moment où le spermatozoïde s'accole à l'ovule et celui où le spermatozoïde ayant pénétré dans l'ovule aura accolé et fixé son centrosome au noyau ovulaire.

Une fois la fécondation effectuée, est-ce le début de la gestation ?

C'est là un point extrêmement intéressant et important, sur lequel Mathias Duval avait déjà appelé l'attention, mais qui commence seulement à être connu grâce aux travaux si remarquables de Lataste.

Nous allons en donner un résumé rapide :

Chez les femelles des Muridés, en état physiologique et n'allaitant pas de petits, la durée de la gestation est d'une vingtaine de jours environ. Lataste vérifia chez cinq espèces différentes de Muridés que toute gestation, survenant chez une femelle qui

allaite *un nombre normal* de petits, subit dans sa durée un retard égal au moins à la moitié de sa durée normale.

Ce retard est variable suivant le nombre de petits allaités, et suivant la durée de l'allaitement : d'une façon générale, et sauf perturbations accidentelles, un nouveau jour de retard correspond à un nourrisson de plus ; de même, le retard de la gestation comprend un nombre de jours approximativement égal au nombre de jours que dure l'allaitement à partir du sixième.

Pourquoi à partir du sixième jour, se demande alors Lataste, et il arrive aux conclusions suivantes, toutes confirmées par l'observation et qui servent de base à sa théorie de la gestation retardée : ce n'est qu'au sixième jour que les ovules fécondés arrivent dans l'utérus ; avant cette époque l'organisme maternel n'a aucune manière d'agir sur leur développement, mais il n'en va pas de même après ; l'expérience semble prouver en effet qu'après être descendu dans l'utérus l'œuf fécondé s'y enkyste, et là, subit, quand la gestation doit être retardée par la lactation, un arrêt dont la durée correspond au retard dont elle est affectée. Puis la gestation débute véritablement ; elle évolue, et ne cessera d'évoluer jusqu'à l'expulsion ou la mort du fœtus.

Mais pourquoi cet arrêt de l'évolution ? C'est que, pense Lataste, l'activité de l'organisme maternel étant détournée au profit de la lactation, les « ovules » ne trouvent pas dans l'utérus les conditions d'ali-

mentation dont ils ont besoin. Et cette théorie est confirmée par toute une nouvelle série d'expériences qui prouvent que toute autre cause également susceptible de provoquer une dépense d'activité organique, un traumatisme par exemple, a le même effet que la lactation, enfin qu'on put accumuler les deux effets en faisant concourir les deux causes.

Donc Lataste établit expérimentalement que la fécondation n'est pas la gestation. Il prouve que la lactation, les traumatismes sont capables d'engendrer une vie latente de l'œuf et que ces deux causes surajoutées accumulent leurs effets sur la gestation ; il démontre que toutes les causes susceptibles de détourner l'activité de l'organisme maternel produisent le même effet ; mais rien ne nous permet d'établir la durée que peut présenter cette vie latente de l'œuf.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que le produit de fécondation ne se développe que lorsqu'il est greffé sur l'organisme maternel, lorsqu'il demande à ce dernier non seulement la chaleur, mais le logis et la nourriture. Alors seulement la gestation commence, la gestation dernière étape du long cycle que nous venons d'étudier, et point de départ seulement du problème que nous voulons élucider.

Dans cet exposé des rapports de la menstruation et de la copulation avec l'ovulation, la fécondation et la gestation, notre maître, tout le premier, se

plaint des nombreuses imprécisions qui persistent et que seule l'histologie pourrait trancher ; malheureusement, malgré de nombreux travaux, elle en semble encore incapable. Nous rendant parfaitement compte de la difficulté que comporte une telle étude, nous nous permettrons, toutefois, deux objections au sujet de renseignements qui, seuls, nous semblent avoir été fournis par cette science jusqu'à ce jour.

Que ce soit de l'ovulation, de la migration, ou de la nidation de l'œuf dont ces auteurs veulent étudier la marche, ils arrivent toujours à des résultats très différents les uns des autres ; et pourtant chacun finit — de quel droit ! — par assigner une date d'une précision presque mathématique à tous ces phénomènes par rapport au cycle menstruel.

Prenons la question de l'éclatement du follicule arrivé à maturité : P. Strassman fait un relevé bibliographique dans le livre de Von Winckel et arrive à la conclusion suivante : « Le follicule mûrit pendant la congestion qui précède la menstruation. C'est souvent au cours de cette dernière qu'il éclate ». Néanmoins il est des cas, d'une part, où la période apparaît sans maturation ni déhiscence folliculaire, et, d'autre part, un ovule peut être mis en liberté à tout autre moment. Arnold, dans une statistique de cas publiés, signale que sur un ensemble de cinquante-quatre observations, la déhiscence s'est faite vingt-neuf fois seulement au moment de la menstruation.

Amel et Villemin fixent approximativement ce moment à douze jours avant la menstruation.

Pour Hitschmann et Adler l'ovule est probablement mis en liberté à la fin de la post-menstruation ou pendant l'intervalle. H. Bab suppose que la déhiscence s'effectue deux ou trois jours avant les époques et Bryce et Teacher qu'il n'y a pas de moment déterminé pour ce phénomène. Enfin pour Delporte, sur une statistique faite seulement de neuf laparotomies pendant la période menstruelle, et basée uniquement sur des examens macroscopiques, l'ovulation coïnciderait avec la menstruation. C'est donc à l'opinion de Regaud et Dubreuil que se rallie cet auteur.

L'ovule mis en liberté met un temps indéterminé pour arriver dans la cavité utérine. Toutes nos connaissances à ce sujet se rapportent à des recherches faites sur les animaux.

On évalue ainsi la migration chez le chat à neuf jours, chez le lapin à sept jours. Bischof, dans ses études sur les ruminants, fixe ce temps à quatre ou cinq jours; Bonnet à dix jours chez le chien; Burckhard à cinq jours chez la souris. Enfin, pour Von Spée, l'ovule du cobaye met sept jours au minimum depuis le moment de sa déhiscence jusqu'à sa pénétration dans la corne utérine.

Delporte ajoute : « ces données sont d'ailleurs approximatives, et concordent peu entre elles. La seule observation qui concerne ce phénomène chez la femme a été publié par Hyrtl. Elle se rapporte à une

autopsie faite cinq jours après le début de la menstruation, au cours de laquelle l'auteur trouve une petite vésicule glaireuse dans la partie utérine de la trompe; il tente d'identifier sa trouvaille avec un ovule en cours de migration. En se basant sur des renseignements d'anatomie comparée, Minot évalue à huit jours le temps nécessaire pour que l'ovule humain arrive dans la cavité utérine.

Dans tous les cas, jusqu'à présent, il n'y a aucun fait qui permette d'apprécier scientifiquement la durée de la migration. Si la plupart des auteurs qui en parlent ont une tendance à la considérer comme très courte (5 à 8 jours); ils émettent une simple supposition. Il est, dans les connaissances acquises au sujet des premiers stades du développement de l'œuf, des données qui sont souvent bien peu favorables à cette dernière, alors qu'elles s'appliquent beaucoup mieux à l'hypothèse d'une durée plus longue.

En effet, la fécondation n'est possible que pendant le temps où l'ovule est en liberté, c'est-à-dire pendant toute la durée de son trajet du follicule à la cavité utérine. Dans le cas où ce dernier s'effectuerait en quelques jours, comme on le croit trop généralement, la fécondation ne pourrait avoir lieu que pendant un temps très court; que cette dernière soit ovarienne, tubaire ou utérine, l'ovule arrivera toujours à son niveau d'implantation sensiblement au même stade.

Au contraire, si la migration se fait en un temps plus long, la femme restera susceptible d'être fé-

condée pendant la presque totalité du cycle menstruel. Dans ce cas, les conditions du développement de l'œuf varieront considérablement, en ce sens qu'il arrivera au contact de l'endométrium à un stade de développement d'autant plus avancé qu'il aura été fécondé plus tôt. L'étude comparative des œufs de Peeters, Léopold et Teacher Bryce appuie cette façon de voir. Et, ajoute Delporte, ces variations au moment de la fécondation entraînent des variations de la durée de la grossesse, parce que les modifications intenses et rapides qui se produisent dans l'œuf jeune ne débutent que dès que les rapports entre le tissu maternel et fœtal sont établis.

Dans ces conditions, ne peut-on pas se demander s'il n'est pas possible d'assigner une date fixe à chacun de ces phénomènes ? Et n'est-ce pas précisément là la conclusion à laquelle nous arrivions, nous aussi, de par l'étude clinique des faits ? Même s'il existe une loi de fréquence observée, de quel droit conclure à une durée moyenne ?

Enfin, et c'est là l'objection la plus grave que nous puissions faire à ces études, vu le sujet spécial qui nous occupe, ces phénomènes, s'ils ont été suivis séparément, ne l'ont jamais été dans les rapports qu'ils sont susceptibles d'affecter entre eux, par rapport aux nombreuses connexions et variations qu'ils peuvent présenter, ainsi que nous le montre la Clinique.

Revenons alors au terrain purement clinique et physiologique. Du faisceau de faits qu'à la suite de notre Maître nous venons d'analyser, nous sommes donc autorisés à conclure que :

1° La menstruation est la manifestation d'un avortement ovulaire ; c'est l'expulsion d'un ovule qui n'a pas été fécondé ;

2° Puisque la fécondation, qui fatalement comporte l'ovulation, peut se faire sans menstruation, c'est que la menstruation n'est pas conséquence de l'ovulation ;

3° Donc, si le point de repère que constitue la menstruation pouvait avoir quelque valeur chez les femmes régulièrement réglées, il n'en saurait avoir aucune chez celles qui, pour quelque raison que ce soit, ne présentent pas un rythme harmonieux dans l'apparition du flux menstruel ;

4° La conjonction du spermatozoïde et de l'ovule, c'est-à-dire la fécondation, peut être séparée de la copulation par toute une série d'étapes, dont nous ne connaissons pas la durée, mais qui font que la copulation, même dans le cas d'un coït unique, est loin d'être synonyme de fécondation ;

5° La fécondation ayant eu lieu, de nouvelles règles ne peuvent pas se produire puisque, comme nous l'avons démontré, la menstruation est l'expulsion d'un ovule qui n'a pas été fécondé ;

6° La fécondation une fois effectuée, la gestation n'est pas réalisée ; cette dernière suppose en plus la nidation de l'œuf, que toute une série de phéno-

mènes peut retarder, ainsi que le prouvent les expériences de Lataste.

Après cet exposé physiologique des phénomènes dont la gestation est le résultat, revenons à la question que nous posions à l'une des premières pages de ce chapitre : quelle valeur peut-on accorder à la dernière apparition des règles chez la femme régulièrement réglée, ou à la connaissance d'un coït fécondant pris comme points de repère pour juger du début d'une gestation ?

La conclusion s'impose : il ne peut exister aucune relation absolue entre ces différents ordres de phénomènes.

Nous arrivons donc à cette notion bien précise : *rien ne nous autorise à parler de gestations prolongées* quel que soit le nombre de jours écoulés entre la dernière apparition des règles ou entre le coït fécondant et la date de l'accouchement. Le processus physiologique que nous venons de décrire le démontre clairement.

Mais nous pouvons aller plus loin encore et invoquer *des faits qui, eux, nous interdisent de parler de gestations prolongées.*

Que se passe-t-il dans les cas de gestations extra-utérines, où le fœtus a pu acquérir son développement parasitaire complet ? A un moment donné, que tout nous autorise à considérer comme le terme de son développement, il se produit du côté de l'uté-

rus un simulacre de travail. Et les observations sont nombreuses qui démontrent la mort du fœtus si l'on n'intervient pas à ce moment précis pour faire naître à la lumière l'enfant qui a terminé sa première vie, c'est-à-dire pour le faire naître à une seconde vie où il doit trouver l'air, ce nouvel aliment sans lequel il est fatalement condamné à périr.

Cette conception de la vie rendue impossible dans l'utérus maternel pour le fœtus arrivé au terme de son développement parasitaire, ne nous est-elle pas encore ironiquement fournie par bien des observations étiquetées par leurs auteurs « grossesses prolongées » ? Que se passe-t-il dans les cas de dystocie maternelle ou fœtale, quand un obstacle mécanique s'oppose à la sortie du fœtus : après un début de travail, le fœtus meurt.

Nous sommes donc autorisés à écrire que physiologiquement la gestation prolongée est impossible. « La gestation dite prolongée n'est jamais une gestation utérine physiologique », a écrit le professeur Pinard dans son article « Grossesse » du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Depuis, aucun fait n'est venu infirmer cette assertion.

ANALYSE ET CRITIQUE DES OBSERVATIONS SUR LESQUELLES ÉTAIT BASÉE LA CONCEPTION DE LA GESTATION DITE PROLONGÉE

L'ensemble des faits que nous venons d'analyser est la seule base sur laquelle puisse et doive s'appuyer toute étude actuelle concernant la gestation. Si, malheureusement, la biologie et l'histologie sont loin d'avoir dit leur dernier mot sur tous ces sujets, il n'en est pas moins vrai que par les connaissances que nous avons actuellement, connaissances complétées par un examen plus judicieux des faits qu'offre la clinique, nous sommes arrivés à une autre conception de ce qui a si longtemps porté le nom de « grossesses prolongées ».

Pour nous la question se trouve donc nettement posée : il est des femmes toujours régulièrement réglées, qui entre la dernière apparition de leurs règles et la date de leur accouchement, voient s'écouler un laps de temps supérieur à 300 jours. Ces états ne méritent pas le nom de grossesses prolongées qui doit être remplacé par celui de gestations retardées. Seul, en effet, ce terme répond aux faits cliniques

que nous avons signalés et aux données que la physiologie nous offre pour les interpréter.

Devant ce fait, une seconde question se pose immédiatement : existe-t-il des particularités dans l'évolution de ces gestations qui puissent nous fournir quelque explication ou simplement quelque indication à ce sujet ?

C'est dans cet ordre d'idée que nous avons voulu rechercher, soit dans les thèses antérieures, soit dans des travaux originaux, soit dans les diverses communications des Sociétés Savantes, toutes les observations publiées à ce sujet.

Mais il est impossible dans les limites de cet ouvrage, et par ailleurs il serait fastidieux, d'examiner une à une toutes les observations qui encombrant la littérature obstétricale pour faire séparément la critique de chacune d'elles ; aussi les avons-nous groupées en trois classes et c'est seulement l'analyse de chacune de ces classes que nous allons entreprendre.

Dans un premier groupe, sur lequel nous n'insisterons pas, nous avons rangé toutes les observations — et elles sont nombreuses — où le diagnostic de gestation prolongée est basé uniquement sur des faits de ce genre : femmes extrêmement vertueuses et honorables qui peuvent affirmer la date de la conception, volume du fœtus, petitesse des fontanelles, épaisseur des os du crâne, apparition de vomissements, perception des mouvements actifs du fœtus à une époque plutôt qu'à une autre, ce qui

permet aux auteurs de fixer l'âge précis de la gestation, etc.

Pour n'en donner qu'un exemple, nous ne résistons pas au plaisir de citer tout au long la savoureuse observation suivante :

« M^{me} X..., âgée de 32 ans, ayant présenté la dernière apparition des menstrues vers la mi-août 1858, est accouchée le 29 juin 1859 d'un enfant du sexe féminin, mesurant 50 centimètres et pesant 3.500 gr. mais présentant surtout certaines particularités qui n'appartiennent qu'à un enfant de 5 à 6 semaines. Les cils, les sourcils, les cheveux présentaient un accroissement insolite. Les ongles étaient très longs, il a fallu les tailler... A tous ces signes nous en ajouterons un autre qui n'est pas moins concluant, c'est l'intelligence vraiment incroyable que l'on a pu constater chez cet enfant dès le même jour : il suivait attentivement des yeux l'objet qu'on lui présentait et répondait par des sourires aux personnes qui le regardaient en souriant.

N'est-ce pas évidemment qu'il avait dix mois et onze jours depuis le moment de la conception ?

L'ensemble des observations enregistrant les différentes interprétations qui successivement ont été proposées pour expliquer les gestations dites prolongées, nous avons pu dans un second groupe éliminer toutes les observations où ne sont décrits que des phénomènes de rétention, ou des phénomènes pathologiques et dystociques (cancer du col, fibrome du segment inférieur, lésions

osseuses du bassin, excès de volume du fœtus, présentations dystociques, etc...) tous phénomènes qui n'ont aucun rapport avec le sujet de notre travail.

Pour fixer les idées, donnons quelques chiffres : sur 150 observations que nous avons parcourues dans la littérature médicale, presque la moitié, 67 exactement, se classent dans la catégorie que nous venons d'esquisser. Et il n'en reste qu'une soixantaine qui ne méritent pas, à première vue, d'être tout simplement éliminées ! Ce qui ne veut pas dire qu'elles offrent la base scientifique nécessaire pour rendre possible un travail d'ensemble sur la question.

En effet, d'après ce que nous avons dit au chapitre précédent, nous devons éliminer toutes les observations de femmes ou irrégulièrement réglées, ou chez lesquelles les règles se sont montrées momentanément suspendues pour quelque raison que ce soit (maladies, allaitement, etc.). Or, nous ne trouvons ces trois points méthodiquement précisés que dans bien peu d'observations !

Cette question est pourtant d'un intérêt capital ; au chapitre suivant nous allons résumer une série d'observations recueillies dans les archives de la Clinique Baudelocque. Sur dix ans nous en avons recueilli 409, mais pour arriver à ce résultat nous avons dû en éliminer 199 dans lesquelles le rythme de la menstruation était irrégulier, soit 22 0/0, et 290 qui ne permettaient aucun calcul de l'âge de la

gestation, les femmes ayant été fécondées sans aucune apparition des règles, soit 32 0/0.

En outre, même s'il nous était possible de faire un point de départ rigoureux sur la valeur scientifique de ces observations, il nous serait impossible de les prendre comme base d'une étude d'ensemble de la question.

En effet, presque toutes ces observations ont été publiées par des auteurs différents, au hasard de leur apparition, sans but nettement poursuivi ; ce qui fait qu'elles ne nous fournissent pas régulièrement et méthodiquement l'ensemble des phénomènes ou des conditions qui ont accompagné l'évolution de ces gestations.

Comment les utiliser alors, puisque c'est précisément l'ensemble de ces conditions que nous nous proposons maintenant d'étudier pour voir si elles sont capables de nous fournir quelque indication sur la gestation dite prolongée.

OBSERVATIONS NOUVELLES RECUEILLIES A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

CONDITIONS PHYSIOLOGIQUES ET ANATOMIQUES
AU MILIEU DESQUELLES ONT ÉVOLUÉ CES GESTATIONS

C'est dans ces conditions qu'il nous a paru intéressant de réunir un certain nombre d'observations et de voir si, par une étude d'ensemble de tous les faits cliniques, physiologiques ou pathologiques qui ont accompagné l'évolution de ces gestations, si, par l'examen anatomique de ces nombreux cas, il ne nous serait pas possible de tirer quelque indication capable de jeter un peu de lumière sur le sujet qui nous occupe.

Tout le monde sait avec quel soin, avec quelle inlassable persévérance notre maître, M. le Professeur Pinard veille à la constitution des archives de la Clinique Baudelocque, où toutes les observations ont d'abord été minutieusement examinées par lui, puis discutées publiquement, et où il va jusqu'à interroger lui-même toutes les femmes au sujet desquelles pourrait persister la plus légère incerti-

tude. Dans ces conditions, les observations que nous publions présentent la plus parfaite certitude scientifique qu'il soit possible de réaliser. Parmi ces observations nous avons éliminé nous-même toutes celles où un doute — toujours signalé quand il semble possible — paraissait avoir subsisté après un pareil interrogatoire, et nous ne donnons ici que l'histoire des femmes, *régulièrement réglées*, chez lesquelles l'expulsion d'un fœtus vivant s'est produite plus de 300 jours, c'est-à-dire plus de dix mois so- laires, après l'apparition des dernières règles.

Nous avons donc éliminé, pour les raisons que nous avons indiquées dans le courant de ce travail, toutes les femmes en état de rétention — ce qui constitue un chapitre entièrement différent et nettement séparé de celui que nous voulons étudier — ainsi que les femmes ayant été fécondées en dehors de toute apparition des règles, soit parce qu'elles allaient, soit parce que, sous l'influence d'une maladie ou d'une déchéance organique quelconque, la menstruation se trouvait momentanément supprimée.

Enfin il est une dernière catégorie de femmes, dont nous avons déjà parlé, ce sont celles chez lesquelles la menstruation se montre irrégulière, sans ce rythme harmonieux qui est l'apanage des seules femmes offrant un fonctionnement ovulaire parfait. Or, il est bien évident que dans un travail où la recherche des dernières règles est le seul point de repère possible, nous n'avons le droit de retenir que

les cas où la maturation de l'ovule se fait régulièrement.

C'est ainsi que nous avons recueilli dans les Archives de la Clinique Baudelocque toutes les observations concernant les cas de gestations retardées, comprises, comme nous venons de l'expliquer, pendant une période de 10 ans, de 1901 à 1910, et nous avons résumé toutes ces observations dans les tableaux suivants.

Número des observations	Parité	Date des D. R.	Date de l'accouchement	Nombre de jours écoulés entre ces deux dates	Apparition des règles	Sexe des fœtus	Poids des fœtus	Poids des placentas	Mensuration des membranes	Insertion du cordon	État de la muqueuse utérine
2	II	8-10 février	1 janv.	324	régul.	G	3030	600	26/12	6 cts bord sup.	bon é
33	IV	24-28 février	6 »	312	»	F	3380	615	impos.	presq. centrale	»
103	IV	5-8 mars	16 »	314	»	F	3770	630	32/5	presq. centrale	»
175	II	16-18 mars	26 »	314	»	G	4100	770	impos.	presq. centrale	»
178	I	14-16 mars	27 »	317	»	G	2920	450	impos.	excentrique ?	»
232	II	26-29 mars	4 févr.	312	»	F	3250	540	20/10	5 cts bord inf	»
282	II	3-7 avril	12 »	311	»	G	3380	470	29/4	excentrique ?	»
299	I	9-12 avril	15 »	309	»	F	3520	550	impos.	excentrique ?	»
338	II	10 mars	22 »	349	»	G	3310	520	impos.	centrale	»
455	VI	1-6 mai	10 mars	308	»	F	3010	400	32/13	presq. centrale	»
497	V	8-11 mai	15 »	308	»	G	3710	520	impos.	centrale	»
528	III	7-15 mai	24 »	313	»	G	3900	550	impos.	5 cts bord sup.	»
536	III	19-24 avril	25 »	335	»	F	3800	590	35/6	presq. centrale	»
590	II	1-4 mai.	3 avril	334	»	F	3390	620	29/8	excentrique ?	»
672	I	12-15 juin	17 »	306	»	G	3020	460	30/6	4 cts bord lat.	»
750	I	28-30 mai	28 »	333	»	G	4100	550	impos.	presq. centrale	»
759	I	20-25 juin	3 mai	313	»	G	4020	550	impos.	centrale	»
774	I	23-29 juin	5 »	311	»	G	3380	680	impos.	bord latéral	»
841	V	8-14 juillet	16 »	307	»	G	2900	390	26/10	excentrique ?	»
875	V	5-10 juillet	21 »	316	»	G	3620	580	31/12	excentrique ?	»
891	II	10-14 juillet	23 »	314	»	G	3480	500	30/10	bord latéral	»
956	I	25-30 juillet	2 juin	307	»	F	2520	470	30/7	3 cts bord lat.	»
958	XIV	22-25 juillet	3 »	314	»	G	4180	610	31/16	4 cts bord lat.	»
992	IV	15-20 juillet	8 »	324	»	G	4330	770	31/5	centrale	»
1016	I	7-11 août	13 »	306	»	G	3520	510	36/6	5 cts bord sup	»
1026	II	2-8 août	15 »	311	»	G	3010	450	28/7	bord supér.	»
1031	II	10-13 août	16 »	307	»	G	3510	500	37/6	excentrique ?	»
1125	I	12-15 août	2 juillet	321	»	F	3100	550	24/12	presq. centrale	»
1127	I	25-30 août	2 »	306	»	G	2550	500	27/7	bord supér.	»
1182	I	5-10 août	11 »	335	»	F	2840	540	22/0	excentrique ?	»
1210	III	10-12 sept.	16 »	307	»	F	3480	550	27/10	3 cts bord inf.	»
1225	I	12-15 sept.	18 »	306	»	G	2600	450	23/8	marginale ?	»
1252	II	15-20 sept.	23 »	306	»	F	3000	430	27/6	3 cts bord lat.	»
1276	I	15-20 sept.	26 »	309	»	F	3100	500	32/10	centrale	endom
1278	I	16-21 sept.	27 »	309	»	G	3850	760	27/12	marginale ?	bon é
1285	VI	20-26 sept.	28 »	305	»	F	3400	520	29/11	excentrique ?	»
1307	III	22-25 sept.	1 août	309	»	G	3600	600	29/9	centrale	»
1310	VIII	22 septembre	2 »	314	»	G	3570	610	29/11	presq. centrale	»
1324	II	20-24 sept.	3 »	313	»	F	3160	610	32/10	6 cts bord sup.	»
1358	V	1-6 octobre	8 »	306	»	F	2720	405	28/12	centrale	»
1360	III	2-6 octobre	8 »	306	»	F	3040	520	26/8	marginale ?	»
1373	IV	4-7 octobre	10 »	307	»	G	2800	450	impos.	centrale	»
1386	II	3-6 octobre	12 »	310	»	F	2800	350	32/10	presq. centrale	»
1433	III	7-14 octobre	19 »	309	»	G	3900	650	31/8	1 ct. bord lat.	»
1435	I	28-30 sept.	19 »	323	»	F	2770	430	impos.	excentrique ?	»
1465	I	1-5 octobre	23 »	322	»	F	3040	380	26/12	presq. centrale	»
1522	I	4-7 octobre	1 sept.	328	»	G	2280	410	24/6	3 cts bord sup.	»
1544	I	20-25 octobre	4 »	314	»	G	2530	390	22/12	centrale	»
1626	III	10-13 novemb.	16 »	307	»	F	2850	380	31/11	centrale	»
1963	III	29-31 décemb.	9 nov.	313	»	F	3450	580	27/10	excentrique ?	»
2006	I	20-25 décemb.	17 »	327	»	G	3350	550	impos.	3 cts bord inf.	»
2120	II	5-7 février	8 déc.	304	»	F	3520	520	32/2	marginale ?	»
2149	III	8-12 février	17 »	308	»	F	4100	510	?	4 cts bord sup.	»
2153	VI	6-10 février	18 »	311	»	G	4100	710	impos.	centrale	»
2176	II	3-5 février	23 »	321	»	F	3510	530	34/16	presq. centrale	»
2183	II	15-17 février	25 »	311	»	G	4050	680	impos.	presq. centrale	»

901

Date du dernier rapport	Au cours de la gestation		Présentation fœtale au cours de la gestation ou à l'entrée à la Salle de Travail	
	Allaitement	Traumat. ou maladie		
la gestation	1 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. complète.
is au dortoir	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
is au dortoir	4 m.	0	0	Promontoire accessible. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
la gestation	2 m.	4 pr. m.	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. 2 fr. <i>Gros œuf.</i>
?	?	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
1/2 chez elle	1 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
ois chez elle	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
m. chez elle	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
?	?	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
de fatigue	15 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
s de repos	2 m.	R. de R.	0	» non engagée à eutrée ST, dilat. 2 fr.
?	15 j.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
ois chez elle	10 j.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
ois chez elle	10 m	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. paume de main.
as. Michelet	7 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
. au dortoir	3 m.	0	0	Malformation fœtale, présentation de l'épaule non transformable.
ois chez elle	1 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. complète
ois chez elle	295 j.	0	0	Crise de rhumat. pend. gestat. 0 Tête engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
de fatigue	15 j.	0	0	0 Tête engagée à entrée ST. Dilat. 2 fr.
. au dortoir	2 m.	0	0	Laparotomie autour du 5 ^e mois pour ? 0. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
. au dortoir	9 m.	0	0	Poussée ostéomyélitique ? au cours du 5 ^e mois, non opérée. Tête non engagée à entrée ST.
s de repos	4 m.	0	0	Tête s'étant engagée au début du travail.
s de fatigue	1 j.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
s de repos	3 j.	2 pr. m.	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
s de fatigue	8 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
s de repos	9 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. paume de main.
s de repos	5 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
ois chez elle	?	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
s de repos	4 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète.
is au dortoir	7 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr. Spécifité apparue au 6 ^e m.
m. chez elle	2 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
s de repos	15 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
dont 1 dort	4 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
la gestation	15 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
as. Michelet	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST. dilat. complète.
s de repos	5 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
s de repos	7 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
s de repos	8 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète.
de fatigue	3 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
de fatigue	2 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète.
m. chez elle	?	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
?	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
de fatigas	3 m.	?	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
de fatigue	4 j.	5 pr. m.	0	» engagée à entrée ST. dilat. complète.
ois dortoir	2 m.	0	0	Bassin rétréci. Epaule. Porro.
s de repos	?	0	0	Présentation de l'épaule à entrée ST, à dilat. 2 fr.
la gestation	1 m.	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
ois dortoir	1 m.	0	0	Siège engagé à entrée ST, dilat. 1 fr.
de fatigue	1 m.	0	0	Présentation de l'épaule à entrée ST, dilat. complète.
s de repos	3 sem.	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
is chez elle	10 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat 1 fr.
de fatigue	?	0	0	Bassin rétréci. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
m. dortoir	2 m.	0	0	Bassin à limites étroites. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
is chez elle	6 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat 1 fr.
ois dortoir	6 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
is chez elle	5 m.	0	0	» non engagée jusqu'au début du travail.

Número des observations	Parité	Date des D. R.	Date de l'accouchement	Nombre de jours écoulés entre ces deux dates	Apparition des règles	Sexe des fœtus	Poids des fœtus	Poids des placentas	Mensuration des membres	Insertion du cordon	Éta de la muq uér
39	I	2-6 mars	8 janv.	307	régul.	G	gr. 2530	gr. 360	24/10	centrale	bon
103	I	4-8 mars	20 »	317	»	G	3850	640	30/7	4 cent. b. sup.	»
108	III	3-8 mars	21 »	318	»	G	4025	620	40/?	excentriq. ?	»
130	I	10-12 mars	25 »	320	»	F	3150	460	34/5	vélamenteuse	»
210	I	29 m. 3 avril	9 fév.	313	»	G	3400	680	?	4 cent. b infér.	»
271	IV	4-8 avril	18 »	317	»	F	3120	440	27/12	excentriq. ?	»
293	III	11-17 avril	21 »	310	»	G	4300	540	35/9	5 cent. b. infér.	»
383	II	21-25 avril	7 mars	318	»	G	4000	590	37/12	pg. centrale	»
445	IV	3-6 mai	18 »	318	»	F	3300	530	33/8	4 cent. b. infér.	»
446	I	2-10 mai	18 »	314	»	G	3770	650	28/4	pg. centrale	»
510	II	6-10 mai	29 »	325	»	F	3370	510	23/13	pg. centrale	»
549	II	16-24 mars	4 avril	375	»	F	3650	520	29/10	excentriq. ?	»
574	V	5-6 juin	8 »	308	»	F	2530	400	28/2	exc 5 c. b. sup.	»
576	I	5-7 juin	8 »	307	»	F	3300	470	25/12	exc. 7 c. b. sup.	»
661	I	18-20 juin	22 »	308	»	G	3350	700	29/10	pg. centrale	»
693	IX	avril 1901	28 »	362	»	F	2880	450	30/12	5 cent. b. sup.	»
711	III	22-28 juin	1 mai	309	»	G	3350	630	impos.	excentriq. ?	»
749	IV	28 juin 5 juil.	7 »	309	»	G	3750	630	30/11	excentriq. ?	»
910	II	25 juillet	6 juin	318	»	G	3700	480	30/4	4 cent. b. infér.	»
914	VIII	22-25 juillet	6 »	318	»	G	2950	500	28/6	4 cent. b. supér.	»
953	IV	7-10 août	14 »	310	»	G	4190	620	32/15	pg. centrale	»
961	I	28 juil 4 août	15 »	318	»	F	2920	490	30/4	1 cent. b. latér.	»
979	VII	3-6 août	18 »	319	»	F	3050	540	impos.	excentriq. ?	»
984	III	14 juillet	19 »	342	»	F	2730	470	28/7	centrale	»
1040	IV	14-19 août	27 »	314	»	G	3700	520	29/3	centrale	»
1103	VII	15-20 août	8 juillet	325	»	G	3720	670	27/9	centrale	»
1111	VIII	25-30 août	8 »	315	»	G	3850	650	?	centrale	»
1130	II	25 a. 2 sept.	13 »	314	»	G	3080	500	30/11	4 cent. b. latér.	»
1157	VI	10-15 sept.	17 »	305	»	F	3200	550	?	centrale	»
1166	II	9-15 sept.	19 »	307	»	G	2500	300	40/6	centrale	»
1188	II	15-28 août	23 »	329	»	G	2850	430	28/12	1 cent. b. sup	»
1201	II	12-14 sept.	26 »	315	»	F	3600	600	32/12	centrale	»
1253	IV	26-30 sept.	4 août	308	»	F	2730	450	34/3	excentriq. ?	»
1313	III	6-10 octobre	22 »	316	»	G	4100	630	25/12	excentriq. ?	»
1347	I	9-14 octobre	1 sept.	321	»	F	2750	500	31/9	centrale	»
1447	II	15-20 novemb.	27 »	311	»	G	3320	570	27/5	centrale	»
1558	X	30 nov. 3 déc.	15 octob.	316	»	G	3620	660	32/9	excentriq. ?	»
1559	I	5-10 décemb.	15 »	309	»	F	3650	550	28/7	2 cent. latér.	»
1637	XIV	14-20 décemb.	29 »	313	»	F	3210	600	32/6	pg. centrale	»
1780	I	15-22 décemb.	23 nov.	336	»	F	3900	620	30/2	2 cent infér.	»
1784	I	1-5 janvier	24 »	323	»	F	3850	620	30/8	pg. centrale	»
1786	VIII	10-16 janvier	24 »	312	»	F	3890	500	34/1	3 cent. b infér	»
1847	II	18-22 décemb.	4 déc.	347	»	F	3150	510	impos.	excentriq. ?	»
1933	I	10-15 février	18 »	306	»	G	3150	480	20/4	4 cent b supér.	»
2015	IV	début février	31 »	319	»	F	2950	480	33/3	excentriq. ?	»

902

Durée du repos pendant la gestation	Date du dernier rapport	Au cours de la gestation		Présentation fœtale au cours de la gestation ou à l'entrée à la Salle de Travail
		Allai- tement	Traumat. ou maladies	
m. chez elle	3 m.	0	0	Tête engagée à l'entrée ST, dilat. 50 cent.
m. chez elle	15 j.	0	0	» engagée à l'entrée ST, dilat. 1 fr.
m. chez elle	?	R. de R.	0	» non engagée à l'entrée ST, dilat. 5 fr.
te la gestation	4 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
5 j. chez elle	3 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
te la gestation	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
de f. 1 m. dort	9 m 1/2	0	0	Promontoire accessible. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
2 m. dortoir	8 j.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
m. chez elle	8 j.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
m. chez elle	6 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
as de repos	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
m. chez elle	?	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
seulement ch. elle	4 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
jours chez elle	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, 50 cent.
mois chez elle	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
as de repos	?	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
as de repos	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
mois chez elle	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
sem. dortoir	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
as de repos	10 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
puis le 5 ^e m.	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 50 cent. <i>Gros œuf.</i>
as de repos	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
as de fatigue	2 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
as de fatigue	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
m. dortoir	?	0	0	Scoliose dorso lomb. Promont. accès Tête non engagée à entrée ST.
asile Michelet	7 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
as de fatigue	8 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
m. chez elle	4 j.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
sem. chez elle	4 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. grande paume.
m. chez elle	4 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
m. dortoir	7 m.	0	0	Promontoire accessible. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
as de fatigue	4 m.	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
sem. dortoir	8 j.	0	0	Promontoire accessible Tête non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
as de fatigue	7 m.	0	0	Promontoire acces. Tête non engagée à entrée ST, dilat. complète.
as de fatigue	2 m.	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
5 j. chez elle	8 j.	0	0	» engagée à entrée ST, col en voie d'effacement.
m. chez elle	10 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
as de fatigue	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
m. dortoir	6 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
as de repos	9 m.	0	0	» non engagée jusqu'au début du travail.
as de repos	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
as de repos	15 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
m. dortoir	?	R. de R.	0	» non engagée à entrée ST, dilat. paume de main.
ch. elle 1 m. d.	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
m. dortoir	6 sem.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.

Numéro des observations	Parité	Date des D. R.	Date de l'accouchement	Nombre de jours écoulés entre ces deux dates	Apparition des règles	Sexe des fœtus	Poids des fœtus	Poids des placentas	Mensuration des membranes	Insertion du cordon	Et de la muqueuse
53	I	28 fév. 3 mars	8 janv.	311	régul.	F	3270	510	36 5	centrale	bon
139	II	3-8 mars	24 »	322	»	F	3200	540	33 8	2 cts bord lat.	»
140	I	12-16 mars	24 »	314	»	G	3240	580	32/4	marginale	»
155	V	2-10 mars	26 »	322	»	G	3200	540	?	excentrique ?	»
212	I	20-25 mars	3 févr.	315	»	G	3590	580	?	excentrique ?	»
269	I	3-6 avril	14 »	314	»	G	2940	430	?	pg. centrale	»
271	IV	6-10 avril	14 »	310	»	F	3400	670	30/11	marginale	»
385	V	15-20 avril	4 mars	319	»	G	3450	630	34 5	pg. centrale	»
450	XV	9-11 mai	15 »	309	»	F	2850	430	29 10	centrale	»
453	II	4-5 mai	15 »	315	»	G	3750	600	23/12	4 cts bord lat.	»
459	IV	10-13 mai	17 »	309	»	F	3500	530	25/10	pg. centrale	»
537	I	15-18 mai	29 »	317	»	G	3500	510	33/5	2 cts bord lat.	»
549	II	30 avr. 8 mai	30 »	327	»	G	4100	700	32/6	2 cts bord inf.	»
552	II	14-21 mai	31 »	315	»	F	3800	700	?	excentrique ?	»
614	VIII	4 8 juin	11 avril	307	»	G	4140	560	?	pg. centrale	»
623	I	4-9 juin	11 »	306	»	F	2800	550	?	centrale	»
699	I	10-13 juin	26 »	318	»	F	3000	440	29/10	marginale	»
737	II	26-30 juin	2 mai	307	»	G	3230	550	26 6	3 cts bord inf.	»
757	IX	27 30 juin	5 »	310	»	G	3980	660	32/4	centrale	»
920	II	12-20 juillet	30 »	315	»	G	3900	500	33 ?	3 cts bord inf.	»
1045	II	9 août	20 juin	315	»	F	3930	620	32/6	centrale	»
1048	III	15-17 août	20 »	307	»	G	3080	500	?	centrale	»
1103	I	21-25 août	2 juillet	312	»	G	2750	425	33/9	3 cts bord sup.	»
1232	II	18-21 sept.	23 »	306	»	G	2760	460	33/8	4 cts bord sup.	»
1239	VII	10-15 août	25 »	345	»	F	2860	420	26/17	centrale	»
1274	I	1-4 sept	30 »	330	»	F	3840	640	34/12	pg. centrale	»
1322	IV	septembre	8 août	312	»	G	3400	380	28 10	pg. centrale	»
1354	I	5 octobre	12 »	311	»	F	3520	650	?	4 cts bord sup.	Chate
1370	I	7-9 octobre	15 »	310	»	G	3820	485	?	pg. centrale	bon
1377	I	1-4 octobre	16 »	316	»	G	4180	750	35/8	4 cts bord inf.	»
1397	I	8-15 octobre	19 »	308	»	G	3180	480	36 6	centrale	»
1573	V	10-13 nov.	18 sept.	309	»	F	3700	450	28/9	pg. centrale	»
1586	III	11-14 nov.	22 »	312	»	F	3000	500	30/10	centrale	»
1797	I	20-23 déc.	27 oct.	308	»	F	2800	480	?	marginale	»
1815	I	10-15 déc.	31 »	320	»	F	3500	500	32/12	4 cts bord inf.	»
1891	III	18-23 nov.	13 nov.	355	»	F	4060	680	?	centrale	»
1916	II	12 janvier	17 »	309	»	G	3950	600	30/12	centrale	»
2033	I	1-5 février	8 déc.	306	»	G	3250	550	33/0	centrale	»

1903

Durée du repos pendant la gestation	Date du dernier rapport	Au cours de la gestation		Présentation fœtale au cours de la gestation ou à l'entrée à la salle de travail
		Allaitement	Traumatismes, maladies	
Ente la gestation	3 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat.
pas de fatigue	7 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	3 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. grande paume.
Ente la gestation	?	0	0	Présentation de l'épaule. Opération de Porro, pour fibrome du segment inférieur.
1 m. dortoir	9 m 1/2	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	6 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. grande paume.
pas de fatigue	2 m.	R. de R.	0	? Accouchée chez le concierge.
sem. chez elle	4 m.	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
2 m. dortoir	3 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	3 sem.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
m. dont 1 dort.	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
m. 1 au dort ?	5 m.	0	0	Gros œuf. Siège non engagé à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	3 m.	0	0	Gros œuf. Tête non engagée à entrée ST, col en voie d'effacement.
pas de fatigue	?	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. complète.
pas de fatigue	4 m.	0	0	Siège non engagée à entrée ST, dilat. complète.
1 m. dortoir	8 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
1 m. dortoir	8 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. complète.
m. doit 1 à d.	?	0	0	Gros œuf. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	8 j.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
pas de fatigue	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète.
1 m. dortoir	1 m.	0	0	Promontoire accessible. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
5 m. chez elle	1 m.	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
m. chez elle	?	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de repos	9 m.	0	0	Siège non engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
5 sem. dortoir	9 m 1/2	0	0	Tête s'étant engagée au début du travail.
1 m. dortoir	1 m.	0	0	Promontoire accessible. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
3 m. chez elle	6 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
Ente la gestation	1 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
m. av du Maine	?	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr. Gros œuf.
pas de fatigue	veille	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
m. dt 1 au dort. ?	3 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. ?
Ente la gestation	?	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
m. dt 15 j dortoir	5 m.	0	0	» engagée au début du travail.
2 m. dortoir	9 m.	0	0	Siège non engagé à entrée ST, dilat. 1 fr.
gest. 2m. 1/2 d.	3 m.	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
m. chez elle	8 j.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
5 m. dortoir	8 m.	0	0	» engagée au début du travail.

Número des observations	Parité	Date des D. R.	Date de l'accouchement	Nombre de jours écoulés entre ces deux dates	Apparition des règles	Sexe des fœtus	Poids des fœtus	Poids des placentas	Mensuration des membranes	Insertion du cordon	Etat de la muqueuse utérine
43	II	mi-février	3 janv.	321	régul.	F	3040	gr. 450	28/8	3 cts b. infér.	bon 6
169	III	20-25 mars	1 fév.	313	»	F	3700	730	33/8	centrale	»
393	I	5-9 mai	12 mars	309	»	G	3780	560	36/8	bord supér.	»
458	II	mi-avril	23 »	342	»	F	3160	560	23/7	pq. centrale	»
489	I	19-22 mai	30 »	314	»	F	3120	470	30/10	3 cts b. latér.	»
511	II	fin mai	1 avril	308	»	G	3750	620	22/7	pq. centrale	»
512	I	5-10 avril	2 »	357	»	F	3500	630	27/3	centrale	»
522	II	1 juin	3 »	306	»	F	3560	580	28/10	excentriq. ?	»
672	I	10-22 juin	1 juin	343	»	G	3000	430	30/10	excentriq. ?	»
793	I	7-10 août	25 »	319	»	F	3300	530	?	?	»
855	III	17-20 août	8 juillet	322	»	G	3540	520	30/12	excentriq. ?	»
1017	III	25-30 septemb.	6 août	310	»	G	3400	650	36/10	excentriq. ?	»
1019	I	25-30 septemb.	6 »	310	»	F	2670	510	25/10	centrale	»
1082	I	8-11 octobre	17 »	310	»	G	3400	490	34/8	centrale	»
1110	I	30 sept. 4 oct.	20 »	320	»	G	3100	500	29/7	excentriq. ?	»
1128	I	10-14 octobre	23 »	313	»	F	2600	400	28/14	excentriq. ?	»
1179	I	24-28 octobre	1 sept.	308	»	F	3250	550	33/11	excentriq. ?	»
1221	III	4-5 novembre	8 »	307	»	G	4730	900	30/14	centrale	»
1229	II	2-6 novembre	10 »	308	»	F	3400	600	39/12	excentriq. ?	»
1256	II	31 oct. 7 nov.	15 »	312	»	G	3600	640	30/14	excentriq. ?	»
1291	I	8-12 septembre	21 »	374	»	G	2870	400	?	excentriq. ?	»
1462	VI	10 décembre	23 oct.	316	»	F	2750	400	35/5	excentriq. ?	»

904

Durée du repos pendant la gestation	Date du dernier rapport	Au cours de la gestation		Présentation fœtale au cours de la gestation ou à l'entrée à la Salle de Travail
		Allai- tement	Traumat. ou maladies	
as de fatigue	8 jours	5 p. m.	0	Tête engagée à entrée ST, à dilat. 50 cent.
as de fatigue	1 mois	0	0	» engagée à entrée ST, à dilat. petite paume.
as de repos	hier	0	0	» engagée à entrée ST, à dilat. grande paume.
as de fatigue	hier	le p. m.	0	» engagée à entrée ST, à dilat. petite paume.
sem. dortoir	2 mois	0	0	» engagée à entrée ST, à dilat. 2 fr.
but gestation	3 mois	0	0	» non engagée à entrée ST, à dilat. 2 fr.
jours repos	3 mois	0	0	Femme arrivée à dilat. complète, rotation effectuée.
sem. dortoir	2 mois	0	0	Tête non engagée à entrée ST, à dilat. 50 cent
mois chez elle	6 sem.	0	0	» non engagée à entrée ST, à dilat. 50 cent.
mois chez elle	10 mois	0	0	Vomiss. les 6 premiers mois. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
as de fatigue	veille	0	0	Vomiss. les 5 premiers mois. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
ch. elle 6 sem. d	2 mois	0	0	Vomiss. les 5 premiers mois. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
te gest. ch. elle	6 sem.	0	0	Vomiss. les 4 premiers mois. Siège non engagé à entrée ST, dilat. 2 fr.
mois au dortoir	6 sem.	0	0	Vomiss. les 4 premiers mois. Tête engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
est. dont 1 m. d	9 mois	0	0	Vomiss. les 5 premiers mois. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
mois chez elle	6 jours	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 cent.
as de fatigue	3 mois	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
te la gestation	3 mois	0	0	Vomiss. les 2 premiers mois. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
te la gestation	?	0	0	Vomiss. les 3 premiers mois. Tête engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
vaillait assise	8 jours	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. complète.
vaillait assise	veille	0	0	Pneumonie pend. la gestation. Tête engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
vaillait assise	3 jours	0	0	Femme arrivée à dilat. complète, rotation effectuée.

Numéro des observations	Parité	Date des D. R.	Date de l'accouchement	Nombre de jours écoulés entre ces deux dates	Apparition des règles	Sexe des fœtus	Poids des fœtus	Poids des placentas	Mensuration des membranes	Insertion du cordon	Et d la muq utér
136	I	17-22 mars	29 janv.	312	régul.	G	gr. 3700	gr. 720	31/5	excentr. b. ?	bon
180	I	25-29 février	6 févr.	342	»	F	2230 1900	640	25/6	1 ct. bord lat. 2 cts bord lat.	»
203	II	5-8 avril	11 »	309	»	F	3450	520	32/4	centrale	»
295	I	20-24 avril	26 »	308	»	G	2320	390	27/1	1 ct. bord lat.	»
395	II	1-5 mai	16 mars	317	»	G	3750	550	32/8	centrale	»
436	III	16-21 mai	24 »	309	»	G	3950	600	27/0	1 ct. bord inf.	»
473	II	1-10 mai	30 »	326	»	G	3340	490	32/7	centrale	»
732	I	25-30 juin	14 mai	317	»	G	4250	520	37/5	3 cts bord lat.	»
799	I	20-23 juillet	26 »	309	»	G	2630	390	33/0	1 ct. bord lat.	»
886	IX	27 juil -3 août	13 juin	316	»	G	4050	650	30/11	excentrique ?	»
898	V	1-9 août	15 »	313	»	F	3990	600	36/12	centrale	»
924	I	8-12 août	18 »	313	»	G	3800	430	?	centrale	endor
1004	I	8-10 août	3 juillet	329	»	G	3120	490	25/2	excentrique ?	bon
1032	III	1-4 septembre	8 »	310	»	G	3750	650	32/10	centrale	»
1103	I	9-16 septembre	19 »	309	»	G	3300	400	29/7	excentrique ?	»
1157	II	mars 1904	30 »	456	»	F	3370	590	35/18	excentrique ?	endor
1168	I	25-28 septemb	2 août	310	»	G	4080	700	32/5	excentrique ?	bon
1189	III	29 sept. - 2 oct.	5 »	309	»	G	3600	500	28/2	excentrique ?	»
1202	III	29 sept. - 2 oct.	7 »	311	»	G	3240	500	33/9	excentrique ?	»
1238	III	6-10 octobre	15 »	311	»	F	3320	470	32/3	excentrique ?	»
1244	II	5-10 octobre	16 »	312	»	F	2800	400	30/2	excentrique ?	»
1252	VII	7-15 octobre	17 »	308	»	F	2900	400	34/0	excentrique ?	»
1289	II	18-22 octobre	25 »	309	»	G	4100	670	39/12	excentrique ?	»
1343	III	17-22 octobre	6 sept.	320	»	F	3530	600	42/5	excentrique ?	»
1353	IV	16-19 août	8 »	384	»	F	3320	440	31/12	excentrique ?	»
1357	I	6-7 octobre	9 »	339	»	G	3500	550	25/15	excentrique ?	»
1470	VI	15-20 octobre	30 »	346	»	G	2550	450	34/12	excentrique ?	»
1486	II	20-25 novemb.	5 octob.	311	»	G	3100	500	33/11	excentrique ?	»
1499	I	20-24 novemb.	8 »	316	»	G	4100	650	32/6	excentrique ?	»
1548	I	4-6 décembre	20 »	316	»	F	3300	460	32/4	excentrique ?	»
1634	II	15-20 décemb.	5 nov.	319	»	F	3920	700	30/6	excentrique ?	»
1869	II	9-13 février	15 déc.	305	»	F	3350	550	32/19	excent b. sup.	»
1920	VI	15-20 février	22 »	305	»	F	3600	420	37/7	excentrique ?	»

1905

Durée du repos endant la gestation	Date du dernier rapport	Au cours de la gestation		Présentation fœtale au cours de la gestation ou à l'entrée à la Salle de Travail
		Allai- tement	Traumat. ou maladies	
travaillait assise	1 m.	0		Vomiss. les 3 pr. mois. Arrivée à ST, dilat complète, rotation effectuée.
0 sem. au dort.	6 m.	0		Albumine les 3 derniers mois de la gestation.
pend. tte gestat.	3 m.	0		Aucun pôle fœtal n'est engagé jusqu'au début du travail.
3 mois au dortoir	3 m.	0		Vomiss. les 3 pr. mois. Arrivée à ST, dilat. complète, rotat. effectuée.
mois au dortoir	5 sem	0		Vomiss. et albumine pend. toute gestat Tête engag. à entrée dilat. 1 fr.
ne se fatig. pas	1 m	0		Vomiss les 2 pr. mois. Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
m. aven. Maine	9 m	0		0 Tête non engagée à l'entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	3 m	0		0 Nourrice à avril 1904 R. de R. 10 mai 1904 Arr. dilat. comp., rot. eff.
				Vomissements, du 3 ^e au 6 ^e mois. Pertes sanguines de quelques heures les 30 avril, 5 et 18 mai.
m ch el. 6s. dort	9 m	0		0 Tête non engagée à l'entrée ST, à dilat. 1 fr.
m. ch. el. 2m. dort.	2 m.	0		» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de repos	4 j	0		Vomiss. pend. toute gestat. Tête s'étant engag. au déb. du travail.
3 mois chez elle	2 m.	0		Vomiss. les 3 pr. mois. Tête engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
toute la gestation	?	0		0 Tête engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
pas de fatigue	1 m.	0		» non engagée à l'entrée ST, dilat. 5 fr.
5 mois chez elle	9 m.	0		» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	8 j.	0		» engagée à entrée ST, à dilat. 5 fr.
1 mois chez elle	8 j.	4 pr. m.		Vomiss. les 2 prem. mois. Tête engagée à l'entrée ST, dilat. pte paume.
		0		Vomiss. pendant toute la gestat. Tête engagée à entr. ST, dilat. paume de main
3 mois chez elle	2 m	0		Vomiss. les 2 pr. mois. Tête engagée à entrée, dilat. 2 fr.
?	1 m	0		0 Tête engagée à entrée, dilat petite paume.
semain. dortoir	2 m.	0		Laparotomie (gestation méconnue) le 18 fév. 1905 (au cours du 5 ^e mois?).
pas de repos	1 m.	0		0 Tête engagée à entrée ST, à dilat. 5 fr.
pas de repos	3 m.	1 ^{er} m.		» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
pas de fatigue	6 sem.	0		Présentation de l'épaule, à l'arrivée, dilat. petite paume.
mois 1/2 dortoir	2 m 1/2	0		0 Tête non engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
pas de repos	15 j	0		» engagée à entrée ST, dilat 50 cts.
pas de fatigue	?	0		0 Femme arrivée à dilat complète, rotation effectuée.
pas de repos	3 j.	0		0 Tête engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
m. dt 2 au dort	2 m	0		0 Siège non engagé à l'entrée, au début du travail.
. fatig. 15 j. dort.	15 j.	0		0 Tête engagée à la fin du dernier mois de la gestation.
2 mois chez elle	2 j.	0		» engagée à entrée ST, dilat 1 fr.
toute la gestation	3 sem.	0		Vomissements les 6 pr. mois Tête non engag. à entrée ST, dil. 1 fr.
toute la gestation	1 m.	0		Vomissements les 6 pr. mois Tête engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
m. dt 1 au dort	6 sem.	0		0 Tête engagée à entrée ST, dilat. paume de main.
		0		» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.

Numéro des observations	Parité	Date des D. R.	Date de l'accouchement	Nombre de jours écoulés entre ces deux dates	Apparition des règles	Sexe des fœtus	Poids des fœtus gr.	Poids des placentas gr.	Mesuration des membranes	Insertion du cordon	Etat de la muq. utér.
22	V	12-20 février	4 janv.	318	régul.	G	3550	530	31/10	excentrig. ?	bon ét.
28	II	24-28 février	5 »	341	»	G	3500	450	26/4	excentrig. ?	»
52	III	15-23 janvier	8 »	350	»	F	3100	400	32/9	presq. centrale	»
66	VI	2-6 mars	11 »	311	»	G	4150	570	33/10	excentrig. ?	»
112	V	1-4 mars	19 »	321	»	F	3950	520	35/13	presq. centrale	»
120	V	15-18 mars	21 »	309	»	F	3100	430	36/9	centrale	»
185	I	10-13 mars	30 »	323	»	G	2800	500	30/10	centrale	»
263	I	1-5 avril	11 février	312	»	F	3200	570	26/9	centrale	»
299	I	1-5 avril	17 »	318	»	G	3350	570	27/10	presq. centrale	»
496	I	12-17 avril	19 mars	336	»	G	3520	560	25/3	5 cts b. supér.	»
515	II	17-20 mai	22 »	306	»	F	3200	430	42/8	presq. centrale	»
582	I	20-28 mai	1 avril	306	»	G	3450	600	30/15	excentrig. ?	»
648	I	1-8 juin	12 »	308	»	F	2620	370	33/10	2 cts b. supér.	endom.
651	IV	25 mai-2 juin	12 »	314	»	F	3250	420	38/11	presq. centrale	bon ét.
667	IV	2-6 juin	14 »	312	»	F	4050	550	49/10	centrale	»
772	II	9-12 juin	2 mai	324	»	F	3890	550	impos.	4 cts b. infér.	»
816	I	29 juin-1 juil.	9 »	313	»	F	3100	410	38/5	presq. centrale	»
876	I	28 juin-1 juil.	19 »	323	»	G	3570	500	35/5	excentrig. ?	»
1064	VI	5-11 août	22 juin	315	»	G	3900	570	43/3	excentrig. ?	»
1069	I	10 août	22 »	316	»	F	3500	470	36/6	presq. centrale	»
1107	II	21-26 août	30 »	308	»	G	3050	410	40/2	presq. centrale	»
1197	II	3-10 septembre	15 juillet	308	»	F	2750	425	32/13	presq. centrale	»
1233	I	8-16 septembre	22 »	309	»	G	3180	530	38/6	centrale	»
1297	III	17-18 septemb.	3 août	319	»	G	2950	460	28/10	excentrig. ?	»
1341	IV	18-23 septemb.	9 »	320	»	F	2850	500	34/6	exc. bord sup.	»
1386	VI	14-23 septemb.	19 »	330	»	G	4560	620	41/22	centrale	»
1443	II	8-10 octobre	29 »	323	»	F	2700	380	20/18	centrale	»
1447	II	12-15 octobre	30 »	319	»	F	2780	440	28/4	4 cts b. supér.	»
1453	II	26-29 octobre	31 »	306	»	G	5150	860	27/12	presq. centrale	»
1466	I	15-20 octobre	3 sept.	318	»	F	2980	430	34/8	excentrig. ?	»
1473	X	13-21 octobre	3 »	317	»	F	3750	500	31/6	excentrig. ?	»
1550	I	10-14 novem.	17 »	307	»	G	3300	590	37/10	presq. centrale	»
1580	IV	16-20 novem.	22 »	306	»	G	3150	450	36/13	centrale	»
1582	III	1-5 novembre	23 »	322	»	G	5250	610	37/15	centrale	»
1635	II	15-20 novem.	30 »	314	»	G	4000	575	26/15	excentrig. ?	»
1636	IV	2-6 novembre	1 octob.	323	»	F	3600	700	42/5	3 cts b. latéral	»
1684	III	24-29 septemb.	10 »	376	»	F	4000	710	impos.	central	»
1712	III	6-9 décembre	13 »	303	»	F	3670	550	37/12	centrale	»
1923	XII	12-15 janvier	22 nov.	309	»	G	3150	450	35/1	1 ct b. latéral	»
2083	X	9-13 février	20 déc.	310	»	G	3650	570	40/0	centrale	»

1906

Durée du repos pendant la gestation	Date du dernier rapport	Au cours de la gestation		Présentation fœtale au cours de la gestation ou à l'entrée à la Salle de Travail
		Allai- tement	Traumat. ou maladies	
6 mois chez elle	1 m.	0	0	Tête engagée à l'entrée ST à dilat. 5 fr.
1. elle pas fatig.	3 j.	2 pr. m	0	» engagée à l'entrée ST à dilat. petite paume.
pas de repos	10 j.	2 pr. m	0	» engagée à l'entrée ST à dilat. paume de m.
3 sem. chez elle	8 j.	0	0	» engagée à l'entrée ST à dilat 2 fr.
m. dont 1 dort.	1 m.	0	0	» non engagée à l'entrée ST » dilat : col en voie d'effacement.
1 m. au dort.	1 m.	0	0	» non engagée à l'entrée ST à dilat. petite paume.
2 m. au dort.	2 m.	0	0	0 Siège décomp. mode des fesses, eng fin déc A l'entr. au d. tête mob.
1 m. chez elle	4 m.	0	0	Vomis. pendant la gestation Tête engagée à entrée ST à dilat. 2 fr.
1 m. au dort.	293 j.	0	0	0 Tête non engagée à entrée à ST à dilat. 5 fr. Bassin?
3 m. ch. elle	2 m.	0	0	» engagée à l'entrée ST, dilat. complète.
pas de repos	275 j.	0	0	Vomis. les 3 prem. jours. Tête engagée à entrée ST à dilat. complète.
m. d. 3 au dort.	302 j.	0	0	Phléb. variq. de fin nov. au 24 mars. Tête non eng. à entr. ST, dilat. 1 fr.
10 j. au dortoir	2 m.	0	0	0 Siège non engagé à entrée à ST, à dilat. 1 fr.
m. dont 1 dort	3 m.	0	0	Vomis les 3 prem. mois. Alb. les 3 dern. m. Tête eng au début du travail.
2 m. au dortoir	2 m.	0	0	» les 8 prem. mois. Tête non eng. à entrée ST, dilat. 50 cts. Exc. liq.
travail assise	8 j.	0	0	0 Tête non engagée à l'entrée ST à dilat. paume de main
1 m. au dortoir	282 j.	0	0	» engagée à entrée ST, à dilat 1 fr.
2 m. chez elle	1 m.	0	0	» non engagée à l'entrée ST, dilat. 50 cts. Promont. accessibl.
3 m. au dortoir	4 m.	0	0	Vom. au déb. de gest. Tête non eng. à entr. ST, dil. 50 cts. Scol. dors lomb.
asile Ste-Madel.	8 m.	0	0	Traces d'alb. à ? Tête engagée à entrée ST à dilat. 1 fr.
pas de repos	6 sem	0	0	Vomis. pendant toute la gest. Tête eng. à entrée ST à dilat. 50 cts.
ravaillait assise	2 m.	0	0	0 Tête engagée à entrée ST, à col en voie d'effacement.
ravaillait assise	2 j.	0	0	Bronch. les 2 prem. m. Vom. toute la gest. Tête n. eng., eng. à dil. comp.
1 mois dortoir	7 m.	0	0	0 Siège complet non engagé à entrée ST, à dilat. 2 fr.
2 mois dortoir	2 m.	0	0	0 Tête engagée à entrée ST, dilat. 5 fr Eng. ? Lux. angénit. double.
1. elle Se fat. pas	1 m.	4 pr. m.	0	Vom. les 3 prem. m. Tête n. eng. à entr. ST, dil. pet. paume (2170 g. liqu.).
s'est pas reposée	8 j.	0	0	Bronch. au cours du 3 ^e mois. Tête eng. à entrée ST, dilat. paume de main.
6 sem. dortoir	2 m.	0	0	Vomis. au 6 ^e et 7 ^e m. Alb. pend. gest. Tête non eng. ST, 1 fr. César. ant.
2 m. ch. elle	1 m.	0	0	» les 3 pr. mois. Alb. pend 2 dern. mois. Tête eng. au déb. travail.
se fatig. pas	2 m. 1/2	0	0	0 Tête engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
se fatig. pas	3 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
6 sem. dortoir	7 m.	0	0	0 » engagée à l'entrée au dortoir.
m. ch. elle 1 m d.	5 sem.	0	0	Vom. des 3 pr. m. Traces d'alb. le dern. m. La tête s'eng. au déb. du trav.
sem. au dortoir	2 m.	0	0	0 Tête engagée à entrée ST, à dilat. 5 fr.
2 m. dortoir	5 m.	0	0	» non engagée jusqu'au début du travail.
1 m. ch. elle	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, à dilat. grande paume.
pas de fatigue	?	0	0	Vomis. pendant toute la gestation. Anencéphale. Pas d'engagement.
2 mois dortoir	6 sem.	0	0	Albumine depuis 2 mois. Tête engagée au début du travail.
ravaillait assise	15 j.	0	0	Les D.R. av. gest. étaient le R de R d'un avort. 2 m. Teng. à entr. dil. 5 fr.
pas de repos	3 j.	0	0	0 Tête engagée à entrée ST, dilat. grande paume.

Année

N ^o des observations	Parité	Date des D. R.	Date de l'accouchement	Nombre de jours écoulés entre ces deux dates	Apparition des règles	Sexe des fœtus	Poids des fœtus	Poids des placentas	Mesuration des membranes	Insertion du cordon	État de la muq. utérine
4	XI	17-21 février	2 janv.	315	régul.	G	4850	gr.	déchir.	?	bon état
9	III	26 févr.-1 mars	3 »	309	»	F	4680	600 (exc. liq.)	30/12	centrale	»
147	II	10-13 mars	25 »	318	»	G	3550	480	déchir.	3 cts b. supér.	»
190	I	14-17 mars	3 février	320	»	F	3450	450	37/12	2 cts b. supér.	»
306	III	23-29 février	21 »	358	»	G	3280	500	25/4	centrale	»
314	IX	2-10 avril	23 »	319	»	F	4570	680	43/15	centrale	»
329	I	9-11 avril	27 »	322	»	F	2650	460	?	3 cts b. latéral	»
362	V	fin avril	3 mars	311	»	G	3120	405	33/14	presq. central.	»
374	I	27 avril	4 »	314	»	F	3100	420	33/2	centrale	»
465	IV	15-18 avril	21 »	337	»	G	4050	600	25/2	centrale	»
501	I	1-6 mai	27 »	325	»	G	2880	420	32/8	4 cts b. latéral	»
508	I	25 mai	28 »	307	»	F	2720	375 (pet. esp.)	33/8	bord supérieur	»
583	II	25-1 juin	12 avril	316	»	F	4150	600 (exc. liq.)	38/3	centrale	»
585	IV	7-10 juin	12 »	306	»	F	2400	420	28/10	centrale	»
600	I	6-8 juin	15 »	311	»	G	3070	550	déchir.	?	»
605	VII	3-6 juin	16 »	314	»	F	3800	570	déchir.	?	»
697	IV	6-10 juin	3 mai	327	»	G	3500	525	31/11	5 cts b. latéral	»
945	II	1-3 août	15 juin	316	»	F	3500	480	32/6	4 cts b. latéral	»
949	I	5-10 août	17 »	311	»	G	3320	450	40/0	2 cts b. supér.	»
967	IV	10-13 août	21 »	312	»	F	3030	550	38/8	2 cts b. infér.	»
1040	II	20-28 août	4 juillet	310	»	G	3250	520	30/9	centrale	»
1047	I	15-18 août	4 »	320	»	F	3650	470	18/16	3 cts b. infér.	»
1048	I	1-3 septembre	5 »	305	»	G	3250	500	30/4	marg. infér.	»
1072	III	3-5 septembre	9 »	307	»	G	3800	300	33/7	presq. centrale	»
1097	I	24-28 août	13 »	319	»	G	3450	620	35/6	centrale	»
1154	III	5-7 juillet	23 »	381	»	F	2500	350	36/1	centrale	»
1187	IV	10-17 septemb.	29 »	315	»	F	4400	570	?	4 cts b. latéral	»
1201	I	9-12 septembre	31 »	322	»	F	3370	480	28/9	centrale	»
1258	I	6-8 octobre	10 août	306	»	F	2850	500	déchir.	?	»
1355	II	18-21 octobre	27 »	310	»	G	2930	650	31/10	bord latéral	endométri.
1356	III	8-10 octobre	27 »	321	»	F	3900	600	38/4	centrale	bon état
1376	I	20-24 octobre	30 »	310	»	G	2950	450	40/18	marg. b. infér.	»
1348	IV	8-13 décembre	22 octob.	313	»	G	3250	440	30/4	presq. centrale	»
1666	II	1-3 décembre	25 »	326	»	G	4050	680	31/14	centrale	»
1801	VIII	16-20 décemb.	17 nov.	332	»	G	3900	500	32/11	6 cts b. supér.	»
1802	I	6-10 janvier	17 »	311	»	G	2400	380	déchir.	?	»
1809	IV	1-3 janvier	19 »	320	»	F	3000	400	35/13	2 cts b. latér.	endométri.
1957	I	23-26 janvier	13 déc.	321	»	F	3200	370	32/8	4 cts b. supér.	bon état
1960	VII	8-18 janvier	13 »	329	»	G	3550	430	33/10	4 cts b. supér.	»

1907

Durée du repos pendant la gestation	Date du dernier rapport	Au cours de la gestation		Présentation fœtale au cours de la gestation ou à l'entrée à la Salle du Travail
		Allaitement	Traumat. ou maladies	
3 mois au dortoir	?	0		Vomis. les prem. mois. Tête mobile à l'entrée à la S de T, dilat. 50 cts.
5 sem. au dort	3 m.	0	0	Tête engagée le 25 décembre au dortoir.
6 sem. av. Maine	5 m.	0	0	» mobile à l'entrée à la S de T, dilat. 5 fr.
pas de repos	6 sem.	0	0	Arrivée à dilat. complète, rotation effectuée.
ch. elle. Fatig. pas	15 j.	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat 5 fr.
ch. elle. Pas de fat.	2 m.	3 pr. m.	0	» mobile, engag. à grande paume en face.
2 mois au dort.	9 m.	0	0	pare 36 ans utérus fibrimateux Tête non eng à l'entrée à ST-1 fr.
6 mois chez elle	6 sem.	R. de R.	0	Tête engagée à l'entrée ST dilat paume de main.
4 mois chez elle	4 m.	0	0	Siège décomplété mode des fesses, non engagé à l'entrée ST.
ch. elle. Pas fatig.	8 j.	0	0	Tête engagée à l'entrée ST, dilat grande paume.
6 sem. au dortoir	312 j.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
ch. elle. Pas de fat.	3 m.	0	0	» engagée à l'entrée ST, dilat 1 fr..
4 m. 1/2 dortoir	8 m.	0	0	» mobile à entrée ST, à dilat. 1 fr. Engag. en face.
ch. elle. Pas fatig.	9 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, engag. à petite paume.
6 sem. au dort.	6 sem.	0	0	» mobile jusqu'au début du travail. Mort du fœtus-Basio.
1 mois dortoir	3 m.	0	0	Présentation de l'épaule droite, dorto antérieur.
1 mois dortoir	2 j.	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
6 sem. av. Maine	8 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, col en voie d'effacement.
6 sem. au dortoir	6 sem.	0		Vomis. toute gest. Tête s'étant fixée la veille de l'accouchement.
ch. elle trav. assise	1 m.	0		Tête engagée à l'entrée ST à dilat. 5 fr.
ch. elle. Pas fatig.	4 m.	R. de R.	0	» engagée à entrée ST à dilat. 1 fr.
1 m. d. 2 m. ch. elle	15 août	0	0	» engagée à entrée ST à dilat. 1 fr.
2 m. av. Maine	6 m.	0	0	Siège décomplété, non engagé à entrée ST.
5 sem. dortoir	2 m.	0	0	Tête non engagée à l'entrée ST, dilat. 5 fr.
6 sem. dortoir	6 m.	0	0	Bassin vicié. Tête non engagée. Césarienne.
3 sem. chez elle	3 sem.	0	0	Tête engagée à entrée ST à paume main.
pas de repos	3 sem.	pr. m.	0	» engagée à entrée, dilat. complète. Rot. non effectuée.
6 sem. dortoir	2 m.	0	0	» engagée à entrée, dilat. 5 fr.
6 sem. chez elle	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. grande paume de main.
1 mois chez elle	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
travaille assise	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST dilat 2 fr.
2 m. dortoir	8 j.	0		Vomis. 21 p.m Tête eng. au dort. 5 j. avant accouch. 1 p. 43 a, pas de fib.
2 m. 1 m. d. 1 ch. elle	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST dilat. 2 fr.
2 m. 1 m. d. 1 ch. elle	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST dilat. 2 fr.
ch. elle. Pas fatig.	7 m.	3 pr. m.	0	» engagée à entrée ST dilat. 1 fr.
15 j. chez elle	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST dilat. 2 fr.
2 m. 1/2 ch elle 1 m.	1 m. 1/2	0	0	dortoir où tête s'engage le 17 nov. P. C. D. 18 nov.
d. travaille assise	9 m.	0	0	Tête engagée entrée ST dilat. 1 fr.
ch. elle. Pas fatig.	1 m.	0	0	» Tête non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.

Número des observations	Parité	Date des D. R.	Date de l'accouchement	Nombre de jours écoulés entre ces deux dates	Apparition des règles	Sexe des fœtus	Poids des fœtus	Poids des placentas	Mesuration des membranes	Insertion du cordon	Etat de la muq. utérin
							gr.	gr.			
186	VI	10-18 mars	28 janv.	316	régul.	G	3870	650	39/6	centrale	bon état
339	II	1-4 avril	23 févr.	325	»	G	3350	550	31/9	4 cts b. latéral	»
450	II	7-10 mai	13 mars	309	»	F	3700	640	32/0	presq. centrale	»
467	II	1-6 mai	16 »	315	»	F	2850	400	31/6	excentrig. ?	»
627	II	2-4 juin	11 avril	312	»	F	3300	550	31/10	2 cts b. supér.	»
725	II	9-12 mai	27 »	352	»	G	3800	570	?	centrale	»
736	II	20-24 mai	30 »	342	»	F	2820	480	37/6	centrale	»
756	I	20-26 juin	2 mai	311	»	F	3300	540	30/5	centrale	»
782	I	17-21 juin	7 »	321	»	F	2900	450	26/11	centrale	»
854	I	15-17 juillet	18 »	306	»	G	3350	530	26/9	presq. centrale	»
1000	II	5-9 août	14 juin	310	»	G	3800	580	28/12	centrale	»
1061	I	14-17 août	24 »	312	»	F	3000	480	32/8	presq. centrale	»
1086	I	20-25 août	28 »	308	»	G	3650	560	37/11	bord latéral	»
1219	IV	16-20 septemb.	19 juillet	305	»	G	4500	750	38/5	6 cts b. latéral	»
1223	III	24-30 août	20 »	325	»	F	4100	730	36/13	presq. centrale	»
1237	I	6-8 septembre	23 »	319	»	G	3470	520	37/6	2 cts b. latéral	»
1248	I	10-14 septemb.	23 »	313	»	G	3050	535	impos.	presq. centrale	»
1256	IV	3-5 septembre	26 »	325	»	G	2950	450	30/7	presq. centrale	»
1263	II	20-25 septemb.	28 »	307	»	F	3200	600	28/11	4 cts b. infér.	»
1285	II	25-30 septemb.	31 »	305	»	F	3280	570	34/5	centrale	»
1309	II	17-21 septemb.	4 août	318	»	G	3720	500	impos.	excentrig. ?	»
1318	III	20-29 septemb.	6 »	312	»	F	3500	600	37/8	?	»
1359	IV	3-10 octobre	13 »	308	»	F	3750	630	impos.	presq. centrale	»
1376	I	12-15 octobre	16 »	306	»	G	3750	700	28/10	centrale	»
1385	I	10-14 octobre	18 »	309	»	F	4100	620	36/6	presq. centrale	»
1395	II	12-16 octobre	19 »	307	»	G	3350	550	32/6	centrale	»
1405	IV	15-16 octobre	20 »	309	»	G	4350	670	?	excentrig. ?	»
1562	II	2-8 novembre	15 sept.	312	»	F	3600	500	30/6	centrale	»
1567	II	15-20 octobre	16 »	332	»	G	3150	430	32/5	2 cts b. supér.	»
1621	III	10-12 novemb.	22 »	315	»	G	3620	470	34/3	excentrig. ?	»
1623	VII	16-20 novemb.	23 »	308	»	F	2700	450	27/5	marginale	»
1630	I	10-15 novemb.	24 »	314	»	G	2650	350	31/6	centrale	»
1641	IV	fin octobre	25 »	330	»	G	3050	450	31/6	centrale	»
1731	XII	25-26 octobre	12 octob.	352	»	G	3500	530	33/8	presq. centrale	»
1768	I	7-10 décembre	18 »	313	»	G	3650	640	30/6	centrale	»
1991	II	11-13 janvier	29 nov.	321	»	F	3700	650	32/?	excentrig. ?	»
2043	I	19-21 janvier	2 déc.	316	»	F	3350	500	26/5	presq. centrale	»
2058	VI	5-10 janvier	5 »	330	»	G	4250	750	impos.	centrale	»
2159	IV	6-7 février	22 »	319	»	G	2700	480	33/14	bord supérieur	»
2171	IV	18-20 février	24 »	308	»	G	3520	480	33/1	presq. centrale	»
2166	II	14-15 février	24 »	313	»	G	3000	400	29/6	centrale	»
2175	V	fin janvier	25 »	329	»	F	3600	700	36/4	? b. supérieur	»

1908

Durée du repos pendant la gestation	Date du dernier rapport	Au cours de la gestation		Présentation fœtale au cours de la gestation ou à l'entrée à la Salle de Travail
		Allai- tement	Traumat. ou maladies	
pas de fatigue	8 j.	0	0	Tête non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
1 m. au dortoir	1 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. paume de main.
1 m. au dortoir	6 sem.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
2 m. 1/2 dortoir	4 m.	R. de R.	0	Présentation de l'épaule à entrée, dilat. paume de main.
pas de fatigue	3 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	?	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
1 m. au dortoir	8 m.	0	0	Promontoire accessible Tête engagée au début du travail.
travaillait assise	6 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. paume de main.
pas de fatigue	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
1 m. au dortoir	5 sem.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
3 sem. dortoir	9 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	5 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
2 m. au dortoir	6 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
2 m. au dortoir	6 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
1 m. chez elle	7 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, col en voie d'effacement.
	2 m.	?	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
4 m. chez elle	?	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
6 sem. dortoir	9 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
pas de repos	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
1 m. dortoir	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
1 m. dortoir	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
3 m. chez elle	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
pas de repos	3 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de repos	8 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
15 j. dortoir	8 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
2 m. chez elle	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
pas de repos	15 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète, rot. effectuée.
6 sem. dortoir	4 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
pas de fatigue	6 sem.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète, rot. effectuée.
pas de repos	15 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète, rot. effectuée.
2 m. dortoir	3 m.	0	0	Siège, version à dilat. de 5 fr., à entrée ST.
3 m. dortoir	4 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
pas de repos	3 m.	0	0	» non engagée à dilat. 50 cts, à entrée ST.
1 m. dortoir	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
2 m. dortoir	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
1 m. dortoir	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
1 m. dortoir	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
pas de repos	8 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
2 m. chez elle	3 m.	0	0	Siège non engagé à entrée ST, col en voie d'effacement.

Número des observations	Parité	Date des D. R.	Date de l'accouchement	Nombre de jours écoulés entre ces deux dates	Apparition des règles	Sexe des fœtus	Poids des fœtus	Poids des placentas	Mensuration des membranes	Insertion du cordon	Etat de la muq. utér.
							gr.	gr.			
42	I	17-21 février	7 janv.	320	régul.	G	3050	475	33/8	6 cts b. supér.	bon ét.
77	II	28 févr.-2 mars	14 »	318	»	G	2930	330	33/8	1 ct. b. supér.	»
104	I	28 févr.-3 mars	18 »	321	»	F	3300	470	34/2	centrale	»
135	II	15-20 février	23 »	337	»	F	4100	600	30/10	2 cts b. supér.	»
153	II	20-23 mars	26 »	309	»	F	3500	550	28/6	6 cts b. latéral	»
164	XI	12-17 mars	28 »	317	»	F	3950	550	39/9	3 cts b. supér.	»
231	II	26-29 mars	8 février	316	»	F	3200	540	30/6	2 cts b. infér.	»
309	I	10-14 avril	22 »	314	»	G	4400	730	41/1	2 cts b. latéral	»
315	I	8-13 avril	22 »	315	»	F	3200	520	impos.	1 ct. b. latéral	»
438	II	4-8 mai	15 mars	310	»	G	4100	550	impos.	2 cts b. latéral	Château
486	I	15-21 mai	24 »	306	»	G	2950	450	27/3	presq. centrale	bon ét.
649	I	10-14 juin	19 avril	308	»	F	3600	610	29/10	centrale	»
664	IV	23-26 mai	22 »	330	»	G	3450	420	23/12	centrale	»
890	I	3-7 juillet	30 mai	327	»	F	3600	550	32/10	excentrig. ?	»
892	II	28-30 mai	30 »	364	»	F	3450	400	39/4	5 cts b. supér.	»
964	I	30 juill.-2 août	11 juin	312	»	G	3000	420	30/11	4 cts b. latéral	»
1000	II	10-14 août	16 »	305	»	F	2820	370	26/4	presq. centrale	»
1030	III	30 juill.-4 août	22 »	321	»	F	3250	610	25/6	presq. centraal	»
1042	V	1-3 août	23 »	321	»	G	3800	600	35/6	presq. centrale	»
1107	I	15-20 août	4 juillet	317	»	G	3300	580	30/7	presq. centrale	»
1146	I	18-22 août	10 »	321	»	G	3620	650	30/6	3 cts b. latéral	»
1147	II	4-8 septembre	10 »	305	»	F	3650	570	28/9	1 ct. b. infér.	»
1197	VI	27 août-1 sept.	22 »	324	»	F	3380	430	33/1	presq. centrale	»
1214	I	15-20 août	24 »	337	»	G	3700	700	30/3	4 cts b. infér.	»
1244	III	1-8 septembre	30 »	324	»	G	3270	550	32/8	presq. centrale	»
1246	I	18-23 septemb.	30 »	309	»	G	3100	470	34/6	2 cts b. latéral	»
1357	I	9-12 octobre	20 août	311	»	F	2530	425	27/8	presq. centrale	»
1404	I	17-22 octobre	29 »	310	»	F	3580	660	31/7	presq. centrale	»
1411	III	20-23 octobre	30 »	310	»	F	2730	400	32/4	4 cts b. infér.	»
1424	III	27-29 octobre	1 sept.	306	»	G	3500	700	29/3	centrale	»
1432	I	11-13 octobre	2 »	323	»	G	4350	550	32/6	? b. supérieur	»
1465	V	15 août 1908	7 »	388	»	G	3170	450	30/5	3 cts b. latéral	»
1495	I	4-8 octobre	14 »	340	»	G	3320	480	impos.	4 cts b. infér.	»
1519	III	septembre	19 »	353	»	F	3050	480	30/6	centrale	»
1534	III	16-20 octobre	21 »	335	»	G	2800	350	36/1	4 cts b. supér.	»
1550	I	14-19 novemb.	25 »	310	»	G	2520	350	34/5	2 cts b. supér.	»
1670	I	novembre	17 octob.	321	»	G	4000	800	28/12	centrale	»
1706	III	8-9 décembre	24 »	319	»	F	3020	480	30/5	2 cts b. infér.	»
1775	I	22-25 décemb.	4 nov.	314	»	F	3300	650	impos.	centrale	»
1808	II	4-8 janvier	12 »	308	»	G	4000	625	31/10	3 cts b. latéral	»
1872	II	12-19 janvier	22 »	306	»	F	3720	550	31/6	excentrig. ?	»
2015	II	15-23 janvier	16 déc.	326	»	G	2650	470	32/5	centrale	»
2050	I	10-15 février	22 »	309	»	G	3450	610	?	2 cts b. latéral	»
2061	I	15-20 février	24 »	306	»	F	3480	480	22/8	2 cts b. supér.	»
2091	IV	23-25 février	30 »	307	»	F	3200	500	30/?	presq. centrale	»
2102	I	24-28 février	31 »	305	»	F	2850	420	30/4	? b. supérieur	»

1909

Durée du repos pendant la gestation	Date du dernier rapport	Au cours de la gestation		Présentation fœtale au cours de la gestation ou à l'entrée à la Salle de Travail
		Allaitement	Traumat. ou maladies	
6 m. chez elle	2 j.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. complète.
pas de fatigue	8 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr. <i>Petite espèce.</i>
2 m. av. Maine	4 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
6 sem. dortoir	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
6 sem. dortoir	9 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	3 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
pend. toute gestat.	6 sem.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
1 m. dortoir	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
3 m. dortoir	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
5 sem. dortoir	6 sem.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
pas de fatigue	15 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
5 m. chez elle	8 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
6 sem. dortoir	2 m.	0	0	» non engagée entrée ST, dilat. 5 fr.
oute la gestation	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	1 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de repos	3 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
15 j. chez elle	4 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr. Bassin rétréci.
pas de repos	9 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	6 m.	0	0	» engagée à entrée ST, à dilat. complète.
3 m. dortoir	3 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
1 m. dortoir	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
6 sem. dortoir	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
? au dortoir	4 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
15 j. dortoir	1 m.	0	0	Epaule-version par manœuvres externes au début du travail.
3 m. chez elle	1 m.	0	0	Tête engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	10 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cts.
pas de fatigue	2 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
1 m. dortoir	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
1 m. dortoir	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. grande paume.
pas de repos	15 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
pas de fatigue	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
pas de repos	5 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
8 jours chez elle	8 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
pas de repos	6 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, col en voie d'effacement
pas de fatigue	3 sem.	0	0	» s'étant engagée seulement au début du travail.
1 m. chez elle	1 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat 1 fr.
pas de fatigue	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
5 sem. dortoir	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
3 m. chez elle	4 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	4 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
4 m. chez elle	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
3 m. chez elle	4 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
pas de repos	1 sem.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. grande paume.
4 m. chez elle	8 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète.

Numéro des observations	Parité	Date des D. R.	Date de l'accouchement	Nombre de jours écoulés entre ces deux dates	Apparition des régies	Sexe des fœtus	Poids des fœtus	Poids des placentas	Mensuration des membranes	Insertion du cordon	Etat de la muq. ét.
							gr.	gr.			
69	I	4-9 mars	12 janv.	309	régul.	G	3190	700	22/11	presq. centrale	bon état
101	II	2-5 mars	17 »	318	»	G	4500	820	34/0	centrale	Château
109	II	13-16 mars	18 »	308	»	F	3150	480	24/13	presq. centrale	bon état
115	I	9-12 mars	19 »	313	»	G	3720	720	?	excentrique ?	»
122	V	1-4 mars	21 »	323	»	G	3750	700	28/10	presq. centrale	»
158	I	1-9 mars	27 »	324	»	G	4020	850	29 5	presq. centrale	»
187	III	9-15 mars	31 »	323	»	F	3810	370	29 8	presq. centrale	»
196	IV	26-30 mars	3 février	310	»	F	3700	550	31 7	centrale	»
295	I	11-15 avril	18 »	309	»	F	3020	530	32 17	centrale	»
338	III	18-22 avril	24 »	308	»	F	3220	600	36/6	centrale	»
356	I	20-25 mars	27 »	339	»	G	4450	710	impos.	excentrique ?	»
368	I	9-14 avril	28 »	320	»	F	2870	400	impos.	presq. centrale	»
370	I	22-26 avril	1 mars	308	»	F	3550	520	28 4	3 cts b. supér.	»
433	III	6-9 mai	12 »	307	»	G	3870	470	26 6	presq. centrale	»
447	III	15-17 avril	13 »	332	»	F	3100	490	34/7	presq. centrale	»
711	I	12-16 juin	27 avril	315	»	F	3180	520	29/4	2 cts b. supér.	»
739	II	7-10 juin	3 mai	327	»	G	3370	390	?	excentrique ?	»
822	IV	13-20 juillet	23 »	306	»	G	3720	510	38/3	presq. centrale	Château
855	XIII	10-16 juillet	30 »	318	»	F	3840	580	impos.	presq. centrale	bon état
932	I	11-14 août	19 juin	309	»	F	3300	540	38/8	marginale ?	»
984	IV	20-25 août	27 »	306	»	F	4600	610	38/2	presq. centrale	»
1015	VII	15-19 août	2 juillet	317	»	F	4960	970	30/9	presq. centrale	Château
1063	II	25-29 août	12 »	318	»	F	4450	740	36/4	marginale ?	bon état
1088	VII	août 1909	15 »	318	»	F	2500	450	32/10	6 cts b. infér.	»
1094	II	23-30 août	17 »	321	»	F	3250	720	30/7	marginale ?	»
1120	I	1-6 septembre	22 »	319	»	G	3100	400	28/8	presq. centrale	»
1170	II	15-19 septemb.	1 août	316	»	G	3300	450	28 5	5 cts b. supér.	»
1171	I	20-26 septemb.	1 »	308	»	G	3150	520	?	centrale	»
1210	III	2-5 octobre	9 »	308	»	F	2480	600	33/6	excentrique ?	»
1246	I	23-28 septemb.	17 »	322	»	G	3500	500	26/3	1 ct. b. infér.	»
1250	I	5-9 octobre	17 »	312	»	F	3100	500	28/10	5 cts b. infér.	»
1251	I	8-14 octobre	17 »	307	»	F	3500	500	25/8	centrale	»
1252	I	6-10 octobre	17 »	311	»	F	2700	400	39/4	centrale	»
1257	I	3-8 octobre	18 »	314	»	F	3900	700	25 10	2 cts b. supér.	»
1364	I	27-31 octobre	7 sept.	311	»	G	4150	650	30/2	presq. centrale	»
1368	I	15-18 octobre	8 »	325	»	G	3750	500	impos.	presq. centrale	»
1388	I	7-10 novembre	12 »	306	»	G	4350	670	21/10	presq. centrale	»
1615	II	11-19 novemb.	24 octob.	339	»	G	3400	460	27 7	presq. centrale	»
1637	I	25-30 mai 1909	28 »	516	»	G	2900	520	23 9	4 cts b. supér	»
1659	V	5-8 décembre	2 nov.	329	»	F	3450	860	34/5	centrale	Château
1762	II	7-11 janvier	18 »	311	»	G	2900	450	24/11	4 cts b. infér.	bon état
1838	IV	25-30 janvier	4 déc.	308	»	F	3350	530	impos.	4 cts b. supér.	»
1839	IV	22-30 janvier	4 »	308	»	G	3480	580	impos.	presq. centrale	»
1869	I	25 janv.-1 fév.	9 »	311	»	G	3170	530	34/2	5 cts b. latéral	»
1872	IV	janvier 1910	9 »	312	»	F	3470	550	32/6	centrale	»
1918	I	6-11 février	19 »	311	»	G	4050	600	25/6	presq. centrale	»
1922	II	11-14 février	20 »	309	»	F	3800	670	25/7	6 cts b. latéral	»
1996	II	23-28 février	30 »	305	»	F	3500	570	?	2 cts b. latéral	»

1910

Durée du repos pendant la gestation	Date du dernier rapport	Au cours de la gestation		Présentation fœtale au cours de la gestation ou à l'entrée de la Salle de travail
		Allai- tement	Traumat. ou maladies	
pas de fatigue	8 j.	0	0	Tête non engagée au début du travail.
3 m. chez elle	8 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète. <i>Gros œuf.</i>
1 m. dortoir	5 sem	R de R.	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr
5 sem. chez elle	3 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
1 m. dortoir	8 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
3 mois dortoir	3 m.	0	0	» non engagée à entrée jusqu'au début du travail.
? dortoir	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat 5 fr.
6 sem. dortoir	7 sem.	R. de R.	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
15 j. dortoir	4 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	8 j.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
2 m. dortoir	5 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
pas de fatigue	3 j.	0	0	» engagée à entrée ST, notée engagée au dortoir 2 j. seul. avant.
pas de fatigue	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat 2 fr.
pas de fatigue	4 m. 1/2	0	0	» engagée à entrée ST, dilat 1 fr.
6 sem. dortoir	7 sem.	0	0	» engagée à entrée ST dilat. 50 cent.
1 m. chez elle	4 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète.
5 m. chez elle	6 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, col en voie d'effacement.
6 sem. dortoir	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
pas de fatigue	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
2 m. chez elle	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète.
6 sem. dortoir	4 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat 5 fr.
15 j. dortoir	?	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr. <i>Gros œuf.</i>
2 m. dortoir	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. grande paume.
pas de fatigue	3 sem.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de repos	1 sem.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète.
pas de fatigue	1 sem.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.
pas de fatigue	5 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	8 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr
3 m. chez elle	1 m.	2 pr. m.	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète.
3 m. chez elle	15 j	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr.
pas de fatigue	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
pas de fatigue	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
4 m. chez elle	8 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
5 m. chez elle	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat 1 fr.
2 m. dortoir	5 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
pas de fatigue	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
3 m. dortoir	4 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de repos	8 j.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
4 m. dortoir	8 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat 1 fr.
pas de fatigue	1 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 5 fr.
pas de fatigue	15 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
3 m. chez elle	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
1 m. dortoir	2 m.	0	0	» non engagée à entrée ST, dilat. 50 cent.
pas de repos	2 m.	R. de R.	0	» engagée à entrée ST, dilat. complète.
pas de fatigue	2 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 1 fr. <i>Gros œuf.</i>
1 m. chez elle	3 m.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. 2 fr.
1 m. chez elle	5 j.	0	0	» engagée à entrée ST, dilat. petite paume.

Examinons maintenant ces tableaux, et résumons-les pour voir quelles instructions nous pouvons tirer de chacun des faits qu'ils comportent.

Au total nous avons 409 observations, dans lesquelles les femmes étudiées au point de vue de la parité se répartissent en :

154 primipares :

225 multipares, dont 102 II-pares, 51 III-pares, 42 IV-pares, 18 V-pares, 13 VI-pares, 9 VII-pares, 6 VIII-pares, 3 IX-pares, 3 X-pares, 2 XI-pares, 2 XII-pares, 1 XIII-pare, 2 XIV-pares et 1 XV-pare.

Donc, même en tenant compte du nombre sensiblement inférieur de primipares qui, pendant ce laps de temps, se sont présentées à la Clinique Baudelocque, il y a une grande différence en faveur des multipares. Ce n'est là qu'une confirmation de plus des constatations déjà faites par le Professeur Pinard et par son élève Gaston.

La parité de ces femmes nous a encore semblé intéressante à établir par rapport au nombre de jours écoulés entre le dernier jour de la dernière apparition des règles et la date de l'expulsion du fœtus, point que nous allons étudier maintenant.

Ce nombre de jours a été :

De 301 à 305 chez 2 primipares et 11 multipares dont 7 II-pares, 1 IV-pare et 3 VI-pares ;

De 306 à 310 chez 51 primipares et 80 multipares dont 28 II-pares, 22 III-pares, 16 IV-pares, 6 V-pares, 1 VI-pare, 2 VII-pares, 1 VIII-pare, 1 IX-pare, 1 X-pare, 1 XI-pare, et 1 XII-pare ;

De 311 à 315 chez 39 primipares et 54 multipares
dont 25 II-pares, 7 III-pares, 10 IV-pares, 2 V-pares,
3 VI-pares, 1 VII-pare, 3 VIII-pares, 1 XI-pare et
2 XIV-pares ;

De 316 à 320 chez 25 primipares et 40 multipares
dont 15 II-pares, 5 III-pares, 7 IV-pares, 3 V-pares,
2 VI-pares, 3 VII-pares, 1 VIII-pare, 1 IX-pare, 2 X-
pares, 1 XI-pare et 1 XIII-pare ;

De 321 à 325 chez 19 primipares et 25 multipares
dont 10 II-pares, 7 III-pares, 2 IV-pares, 4 V-pares,
1 VI-pare et 1 VII-pare ;

De 326 à 330 chez 5 primipares et 15 multipares
dont 6 II-pares, 4 IV-pares, 2 V-pares, 2 VI-pares
et 1 VII-pare ;

De 331 à 335 chez 2 primipares et 6 multipares,
dont 2 II-pares, 3 III-pares et 1 VIII-pare ;

De 336 à 340 chez 6 primipares et 3 multipares, dont
2 II-pares et 1 IV-pare ;

De 341 à 345 chez 2 primipares et 4 multipares,
dont 2 II-pares, 1 III-pare et 1 VII-pare ;

De 346 à 350 chez 4 multipares, dont 2 II-pares,
1 III-pare et 1 VI-pare ;

De 351 à 355 chez 4 multipares, dont 1 II-pare, 2 III-
pares et 1 XII-pare ;

De 356 à 360 chez 1 primipare et 1 III-pare ;

De 361 à 365 chez 2 multipares, dont 1 II-pare et
1 IX-pare.

De 371 à 375 chez 1 primipare ;

De 376 à 380 chez 2 multipares, dont 1 II-pare et
1 III-pare ;

De 381 à 385 chez 2 multipares, dont 1 III-pare et 1 IV-pare ;

De 386 jours chez 1 V-pare ;

De 456 jours chez 1 II-pare ;

De 516 jours chez 1 primipare.

Ces relations entre le nombre de jours écoulés et la parité nous semblent assez banales ; mais ne sont-elles pas ce qu'elles pouvaient être, aucune relation ne devant exister entre la plus grande parité d'une femme proportionnellement à un plus grand nombre de jours écoulés jusqu'à l'expulsion du produit de conception.

De la durée même du retard apporté au début de la gestation nous ne devons rien conclure. Evidemment le plus grand nombre de nos observations se groupe entre un écart de jours relativement peu considérable, et certains chiffres isolés que nous obtenons doivent avoir beaucoup moins de valeur. Pourtant l'irrégularité que nous avons signalée dans la suite des phénomènes qui précèdent la gestation, n'est-elle pas clairement exprimée par les grosses différences qui séparent les chiffres extrêmes de ce tableau ?

Passons à l'étude du poids des fœtus expulsés ; nous obtenons pour eux les chiffres suivants :

De 2 000 à 2 500 grammes, chez 3 primipares et 5 multipares ;

De 2 500 à 3 000 grammes chez 38 primipares et 40 multipares ;

De 3000 à 3500 grammes de 67 primipares et 91 multipares;

De 3500 à 4000 grammes chez 30 primipares et 80 multipares;

De 4000 à 4500 grammes chez 15 primipares et 30 multipares;

De 4500 à 5000 grammes chez 7 multipares;

De 5000 à 5500 grammes chez 2 multipares.

Enfin dans nos observations il figure une gestation gémellaire qui s'est terminée par l'expulsion de deux fœtus du poids de 2230 grammes et 1900 grammes.

Devant ces résultats on se demande vraiment comment certains auteurs ont pu tirer du poids des fœtus un argument en faveur de la gestation prolongée ! Si nous interrogeons les auteurs classiques, nous trouvons que le poids moyen d'un fœtus à terme est de 3500 grammes, ou mieux encore, car nous n'aimons guère les chiffres tirés d'une moyenne et incapables de donner dans leur rigoureuse précision la moindre idée des variations individuelles considérables que la Clinique permet chaque jour d'observer, mieux encore le poids d'un fœtus à terme varie entre 2500 et 4500 grammes.

Si nous appliquons cette donnée à notre statistique nous trouvons que sur 440 enfants, neuf seulement dépassent 4500 grammes ! et encore ceux-ci sont-ils tous des enfants tarés, procréés par des syphilitiques, ainsi que le montre dans nos tableaux le poids considérable de leur placenta, et souvent

aussi l'excès de liquide qui distendait ces œufs.

Serrons même d'un peu plus près la discussion de nos résultats : c'est entre 3 000 et 3 500 grammes que nous avons le plus grand nombre d'enfants ; en y ajoutant ceux qui pèsent moins de 3 000, nous arrivons à peu près à réunir les deux tiers de la totalité. Et au-dessus de 3 500 grammes nous trouvons exactement dans la proportion du simple au double une majorité d'enfants issus de multipares, ce qui est un fait sur lequel le Professeur Pinard a depuis longtemps déjà attiré l'attention.

Pour en finir avec la question du poids des fœtus, quelle réponse, plus éloquente que celle-ci, à faire aux auteurs qui se sont appuyés sur un poids exclusif du nouveau-né pour en conclure à une gestation prolongée : « le mercredi 21 janvier 1903, est né, à Saint-Jean-de-Luz un enfant pesant *neuf kilogrammes neuf cents grammes*. Cet enfant mesurait *soixante et un centimètres sept millimètres*. Poids et mesures prises par le D^r Delcamp, contrôlées par différentes personnes et par la photographie que nous possédons. Or, la *durée de la gestation* a été de *neuf mois moins quelques jours* après la dernière menstruation (1). »

Toute étude concernant des poids de fœtus doit se compléter par une étude analogue du poids des

(1) Pinard, Art. *Gestation* du Dictionnaire de Physiologie de Richet, 1905, t. VII, p. 162.

placentas. A titre documentaire nous donnerons donc les résultats que nous avons obtenus.

Le placenta pesait :

de 350 à 400 gr. chez 17 primipares et 21 multipares

» 400 »	450 »	» 21	»	» 40	»
» 450 »	500 »	» 37	»	» 38	»
» 500 »	550 »	» 33	»	» 49	»
» 550 »	600 »	» 11	»	» 40	»
» 600 »	650 »	» 17	»	» 32	»
» 650 »	700 »	» 9	»	» 16	»
» 700 »	750 »	» 5	»	» 10	»
» 750 »	800 »	» 2	»	» 3	»
» 800 »	850 »	» 2	»	» 1	»
» 850 »	900 »	»		4	»
» 950 »	1.000 »	»		1	»

Pour en avoir fini avec l'étude des fœtus résultant de ces gestations, il est indispensable d'en étudier le sexe. Il est d'opinion courante dans le public que « les filles avancent, les garçons retardent ». C'est du reste là aussi l'opinion que se fit Murphy après avoir rassemblé quatre-vingt-dix cas dans lesquels les femmes n'accouchèrent qu'après le 280^e jour qui suivit la menstruation, et où il constata 57 0/0 de garçons et 43 0/0 de filles.

Gaston, lui, nie l'influence des sexes sur la durée de la gestation. L'éleveur H. Wings partage la même opinion et nie l'influence du sexe des veaux sur la durée de la gestation.

Pour nous, ce n'est pas la question de la durée de la gestation qui est en jeu, c'est celle de la durée de la vie latente. Sur 410 enfants, nous trouvons 215 garçons et 195 filles. Mais nous ne nous croyons pas pour cela autorisés à conclure que c'est le sexe du fœtus qui a agi sur la durée plus ou moins longue de la vie latente.

Beaucoup plus intéressante est la question de l'insertion des placentas. Nous avons établi notre classification sur la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice cervical, et nous avons obtenu les chiffres suivants :

Le bord inférieur du placenta était :

de 0 à 5 ct. chez 41 primipares et 55 multipares

» 5 » 9 » » 45 » » 73 »

» 10 » 15 » » 33 » » 76 »

Au-dessus de 20 centimètres chez 4 primipares et 10 multipares.

Enfin la mensuration était impossible chez 31 primipares et 41 multipares. Comment interpréter ces chiffres par rapport aux femmes que nous étudions ? Nous sommes avant tout frappés par le nombre de femmes, primipares et multipares, ayant présenté une insertion basse du placenta. Mais n'est-ce pas là, au contraire, une des causes les plus fréquentes de l'accouchement avant terme ? Non, si nous ne nous en tenons pas à ce seul fait isolé et si nous l'interprétons, comme il doit l'être, entouré de toutes

les conditions au milieu desquelles a évolué la gestation. Plus que tout autre nous reconnaissons le rôle néfaste joué par l'insertion basse du placenta, quand cette disposition anatomique est réalisée chez des femmes qui pendant toute leur gestation se sont fatiguées, surmenées et ont été soumises au traumatisme sexuel. Mais dans notre statistique nous allons voir justement que presque toutes les femmes dont nous publions les observations ont présenté des gestations qui ont évolué au milieu de toutes les conditions hygiéniques que le professeur Pinard réclame depuis si longtemps pour toute femme en état de gestation ! Pas de fatigue, pas de traumatisme sexuel !

Dès lors, quel est le seul rôle qu'a pu jouer l'insertion basse du placenta ? Il a, dans la majorité des cas, empêché la tête fœtale de descendre dans l'excavation, de venir distendre le segment inférieur, et favoriser ainsi une ouverture précoce de l'œuf et un accouchement prématuré. C'est ce que La Torre avait exprimé de façon plus imagée en disant : « Le poids moyen des fœtus conçus dans les bassins rétrécis est supérieur à celui des enfants conçus dans les bassins normaux. »

Par ailleurs, l'examen de nos tableaux nous prouve que beaucoup de femmes chez lesquelles le repos pendant la gestation n'a pu être réalisé, ou chez lesquelles le traumatisme sexuel a été signalé, beaucoup de ces femmes présentaient une insertion haute du placenta, disposition qui peut aider à expliquer l'évolution à terme de la gestation.

Enfin, pour terminer l'étude du placenta, nous voulons signaler le point d'insertion du cordon, notion qu'il est impossible de séparer de l'insertion placentaire elle-même.

L'insertion du cordon s'est montrée : centrale ou presque centrale chez 66 primipares et 101 multipares, au bord supérieur chez 22 primipares et 22 multipares, au bord inférieur chez 10 primipares et 20 multipares, au bord latéral chez 21 primipares et 20 multipares, enfin l'insertion était inconnue chez 35 primipares et 62 multipares.

Après avoir étudié les différentes particularités anatomiques que pouvait présenter l'œuf, nous devons examiner l'état de la muqueuse utérine sur laquelle était greffé cet œuf. Nous ne pouvons pas traiter ici cette question si importante des maladies de la caduque, et notamment celle de l'endométrite. Nous ne pouvons que signaler d'un mot le rôle capital de cette dernière, comme provocatrice de tant d'avortements et de tant d'expulsions prématurées de l'œuf à tous les degrés de son évolution.

Par l'étude du placenta, nous avons trouvé que la muqueuse utérine était en bon état chez 150 primipares et chez 247 multipares.

Les chiffres que nous donnons sont donc entièrement d'accord avec ce que nous savons et bien faits pour cadrer avec l'évolution des gestations que nous envisageons.

Pour en avoir terminé avec l'étude de l'œuf, il nous reste à examiner d'une manière générale un point dont nous avons déjà parlé lors de notre étude du placenta, c'est-à-dire les rapports qu'affecte la présentation fœtale chez les femmes que nous étudions avec le segment inférieur de l'utérus et l'excavation, soit au cours de la gestation, soit seulement à l'entrée à la salle de travail quand ce premier renseignement nous fait défaut. Nous avons trouvé :

La tête fœtale non engagée à l'entrée à la salle de travail chez 40 primipares et 96 multipares.

La tête fœtale engagée à l'entrée à la salle de travail chez 93 primipares et 139 multipares.

La tête fœtale s'étant engagée vers le début du travail seulement chez 10 primipares et chez 4 multipares.

Une présentation du siège, non engagé à l'entrée à la salle de travail chez 6 primipares et chez 6 multipares.

Une présentation du siège engagé à l'entrée, à la salle de travail chez 1 primipare.

Enfin une présentation de l'épaule à l'entrée à la salle de travail chez 5 primipares et chez 10 multipares.

Nous savons, comme nous l'avons déjà dit, que l'engagement ou le non engagement de la présentation peut jouer un rôle important dans l'évolution en durée de la gestation, mais ceci à condition de l'étudier, comme nous l'avons fait par rapport à

l'insertion placentaire et aux conditions hygiéniques (surmenage et traumatisme sexuel), au milieu desquelles cette gestation a évolué.

Ce sont ces conditions hygiéniques que nous devons maintenant examiner pour les femmes dont nous avons jusqu'ici résumé les observations.

Au point de vue du repos, nous avons établi notre classification sur les bases suivantes ; femmes s'étant reposées soit chez elles, soit à la Clinique Baudelocque où une vaste salle — toujours pleine et toujours trop petite malheureusement — leur est spécialement réservée.

Nous trouvons ainsi, pour la Clinique Baudelocque, 52 primipares (dont 14 se sont reposées de 15 jours à 1 mois, 35 de 1 à 3 mois et 3 pendant plus de 3 mois) et 91 multipares (dont 27 se sont reposées de 15 jours à 1 mois, 58 de 1 à 3 mois, et 6 pendant plus de 3 mois).

S'étant reposées chez elles, c'est-à-dire ayant pu cesser le métier qu'elles font habituellement pour uniquement se consacrer à l'enfant qu'elles portaient en elles, nous trouvons 51 primipares (dont 12 se sont reposées de 15 jours à 1 mois, 18 de 1 à 3 mois et 21 pendant plus de 3 mois) et 54 multipares (dont 17 se sont reposées de 15 jours à 1 mois, 22 de 1 à 3 mois et 15 pendant plus de 3 mois).

Nous classons en effet à part, comme ne s'étant pas fatiguées, les femmes qui ont un travail leur

permettant de rester assises, ou celles, par exemple, qui, ayant abandonné leurs occupations habituelles, ont dû contiquer à vaquer au soin plus ou moins fatigant de leur ménage. Dans cette catégorie, nous rangeons 35 primipares et 73 multipares.

Enfin il reste 16 primipares et 33 multipares qui, soit par négligence ou ignorance, soit surtout par suite de leur condition sociale ont dû continuer à travailler et à se fatiguer jusqu'à la veille, pour ainsi dire, de leur accouchement.

Parallèlement au repos, et aussi nécessaire que lui, il est un fait sur lequel le professeur Pinard ne cesse d'attirer l'attention de tous : c'est le danger du traumatisme sexuel au cours de la gestation, surtout dans les derniers mois. Combien édifiante est à ce sujet la thèse de notre camarade, le Dr Mordoukh Geolkver ! Combien là encore on voit d'interruptions de la gestation qui ne reconnaissent que cette seule cause.

Dans notre statistique, nous relevons le dernier rapprochement sexuel ayant eu lieu plus de 3 mois avant la terminaison de la gestation sur 54 primipares et 62 multipares ; entre 2 et 3 mois, avant cette date, chez 53 primipares et 96 multipares ; entre le 15° et le 30° jour qui ont précédé l'accouchement chez 19 primipares et 47 multipares ; enfin dans les 15 derniers jours chez 24 primipares et 47 multipares.

Evidemment ces chiffres, considérés seuls, n'ont rien d'absolu ; il faudrait eux aussi les considérer

par rapport à l'insertion du placenta ou l'engagement de la présentation fœtale. Mais nous y trouvons une indication précieuse, nous voyons, aussi bien au point de vue du repos que du traumatisme sexuel, que nos femmes ont en très grande majorité bénéficié au cours de leur gestation de conditions hygiéniques sinon parfaites, tout au moins assez proches de celles que réclame notre Maître, et pour l'obtention desquelles il ne cesse de lutter tous les jours et dans tous les milieux.

Nous en arrivons logiquement à considérer maintenant le résultat qu'a donné la réalisation de toutes ces conditions sur les enfants issus de ces gestations. Sur 410 enfants, 391 sont sortis de la Clinique du sixième au dixième jour après l'accouchement en parfait état de santé; 17 sont morts (13 pendant le travail et 4 dans les trois premiers jours qui ont suivi la naissance) 1 était un monstre anencéphale, enfin sur un dernier l'observation ne fournit aucun renseignement.

Pour ceux qui sont morts, la cause nous semble bien facile à déterminer, surtout si l'on considère que 15 d'entre eux étaient le résultat de la gestation chez des primipares. Ne voyons-nous pas là la preuve éclatante du danger du traumatisme obstétrical, auquel plus que tout autre est en but le premier né de toute famille, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants à

terme, même forts, comme ceux dont nous nous occupons.

Enfin il ne nous était pas possible de terminer cette étude, ayant la chance d'avoir entre les mains de pareils documents, sans essayer de vérifier ce que certains auteurs ont voulu invoquer comme cause de la gestation retardée, de la vie latente prolongée de l'ovule fécondé. Les expériences si instructive de Lataste sur la souris se sont-elles trouvées confirmées chez quelques-unes de nos femmes?

A ce sujet qu'il nous soit permis de regretter avec notre Maître que nos observations, malgré tout le temps qu'il y consacre, malgré tout le mal qu'il se donne, malgré toutes les prières qu'il nous adresse à nous les principaux coupables, qu'il nous soit permis de regretter certaines imprécisions, certaines omissions qui nous ont forcé à éliminer bien des faits qui eussent pu être instructifs.

Nous ne signalerons donc, comme nous l'avons toujours fait dans tous nos chapitres, que les faits absolument précis et sur lesquels aucun doute n'est possible. Peut-être est-ce pour cette raison que nous n'avons trouvé parmi nos 409 cas de gestations retardées que 8 observations où il soit question d'un traumatisme survenu soit au début, soit au cours de la gestation. Nos 8 cas se répartissent de la manière suivante : 4 chez des primipares et 4 chez des multipares. Ils comprennent :

Les 4 premiers : une phlébite variqueuse ayant duré les quatre premiers mois de la gestation ; une bronchite ayant persisté les deux premiers mois ; une pneumonie et une crise de rhumatisme articulaire aigu survenus à une date indéterminée dans les observations ;

Les 4 derniers : 2 laparotomies pratiquées au cours du cinquième mois, l'une pour une cause indéterminée, l'autre par suite d'une erreur de diagnostic, la gestation ayant été méconnue ; une poussée d'ostéomyélite également au cours du cinquième mois ; enfin une bronchite survenue le troisième mois.

Parmi les 255 multipares de notre statistique, 14 seulement sont indiquées comme ayant continué un allaitement les premiers mois de leur gestation. Là encore nous avons dû éliminer bien des faits faute de renseignements suffisamment précis, car nous ne pouvions faire entrer dans le cadre de notre thèse que des femmes ayant eu des règles régulières pendant leur allaitement jusqu'au début des gestations que nous étudions.

Enfin, parmi ces 255 multipares, 12 ont présenté comme dernières règles leur seul retour de règles, soit après un accouchement ou un avortement antérieur, soit à la cessation d'un allaitement.

Nous ne voudrions surtout pas que la lecture de ces faits puisse paraître une critique des expériences de Lataste. Tant s'en faut ; leur lumineuse précision, leur valeur scientifique est indiscutable, et nous y

attachons une valeur prépondérante. Elles prouvent la possibilité de la vie latente prolongée de l'œuf, ce qui est capital ; mais elles n'ont pas la prétention de donner les seules causes capables d'agir ainsi sur un œuf ; et malgré toutes les restrictions que nous avons faites au début de ce paragraphe, il nous a semblé intéressant de chercher ce que nous pouvions tirer de nos observations à ce sujet.

Un dernier point nous a semblé utile à étudier, avant de terminer cette analyse de nos observations ; parmi elles il en est 255 concernant des multipares. Nous ne pouvons pas parler ici de l'influence de l'hérédité, nos observations étant muettes à ce sujet. Mais est-il vrai, ainsi que l'ont écrit quelques auteurs, que certaines femmes présenteraient régulièrement des accouchements précoces ou retardés, tout comme leurs mères, ajoutent-ils ?

C'est le problème de l'hérédité franchement posé.

Pour notre part, tout en admettant que l'hérédité puisse jouer un rôle, nous le croyons peu considérable aussi bien chez les femmes que chez les animaux, étant donnés les résultats que nous avons trouvés sur ce sujet. Nous avons en effet recherché les antécédents obstétricaux des 255 multipares que nous comptons parmi nos 409 observations. De ces antécédents nous ne retenons que les accouchements antérieurs qui se sont produits à Baudelocque

et à l'observation desquels nous avons pu nous rapporter, car seuls ils peuvent constituer pour nous un document.

Pour ces 255 multipares nous avons ainsi pu retrouver 111 accouchements antérieurs qui se répartissent de la manière suivante :

1 accouchement a eu lieu le 343^e jour après les dernières règles ; 1 autre le 317^e jour ; 4 entre le 310^e et le 315^e jour, et 3 entre le 306^e et le 310^e jour.

61 femmes pouvaient être à terme d'après la dernière apparition de leurs règles.

18 femmes, d'après cette même apparition, ne pouvaient être qu'au cours du neuvième mois, 3 au cours du huitième, et 2 au cours du septième.

3 femmes étaient en état de rétention et ont expulsé des fœtus morts et macérés, l'une au cours du neuvième mois, l'autre au cours du huitième mois, et la dernière au cours du mois après la dernière apparition des règles.

1 femme a fait un avortement au cours du deuxième mois.

9 ont des observations incomplètes qui ne permettent pas de calculer l'âge de leur gestation.

5 ont été fécondées pendant un allaitement, sans qu'il se soit produit de retour de règles.

Après l'étude que nous venons de faire, et que nous avons rendue aussi complète que possible au sujet des fœtus, des femmes, et de toutes les condi-

tions au milieu desquelles a évolué la gestation dans nos 409 observations, après cette étude, à quelle conclusion arrivons-nous ?

C'est que, de l'état actuel de nos connaissances et de l'analyse des points qu'il nous avait semblé tout particulièrement intéressant d'étudier, il n'apparaît pas que les phénomènes dont résulte la gestation retardée reconnaissent de causes précises liées à l'évolution de ces gestations.

Mais il est un fait précis, qui lui résulte en toute évidence de nos observations et qui peut-être n'est pas dépourvu d'intérêt pour la conception que nous nous faisons actuellement du terme de la gestation. Les 409 observations dont nous avons donné le résumé, réunissent toutes, pour ainsi dire, les conditions que nous savons être les meilleures pour l'évolution de la gestation.

En groupant tous ces éléments en faisceau n'avons-nous pas le droit de dire : ces femmes étaient à terme, bien que nous-mêmes ayions montré l'impuissance devant laquelle nous nous trouvons pour fixer un terme à la gestation.

Alors, sans vouloir pousser les choses à l'extrême, n'avons-nous pas encore le droit de nous demander si ce fait, bien connu maintenant, *des gestations dites retardées*, ne semblera pas plus fréquent encore le jour où, comme notre maître le réclame depuis si longtemps, toute femme aura droit au repos pendant toute sa gestation, le jour où tout enfant se verra assurer les meilleures conditions pour mener

à terme sa première vie intra-utérine? En effet, ne verra-t-on pas alors disparaître ces enfants, dits aujourd'hui à terme d'après la dernière apparition des règles de leurs mères, et dont le poids à la naissance ne dépasse pas 1.800, 2.000 grammes et même 2.500 grammes!

DE LA GESTATION DITE PROLONGÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LA LOI

Nous avons trop parlé du problème social qui se pose à propos de la durée de la gestation, pour ne pas passer rapidement en revue les applications particulières que comporte le sujet que nous venons d'étudier.

Aujourd'hui cette question si importante a été résolue de façon différente par tous les pays : en Prusse, la légitimité est discutée au delà de 302 jours ; en Angleterre, au delà de 311 ; en Autriche, au delà de 300 jours. Les Américains sont plus larges puisqu'ils ne fixent aucune limite à la durée de la gestation.

En France, l'article 315 du Code civil fixe à 300 jours la limite de durée de la gestation. Nous n'avons pas à discuter dans quel esprit les jurisconsultes ont fixé ce terme. Ce qui nous intéresse, c'est l'opposition formelle qui existe entre cet article et les faits de gestation dite retardée que nous venons d'envisager.

Le Professeur Pinard, de la manière imagée qui lui est habituelle, pose ainsi la question :

« Un marin s'embarque aujourd'hui ; il laisse sur le quai une femme allaitant un enfant de trois mois. Il revient un an après son départ. A son arrivée, il trouve sa femme accouchée depuis quinze jours. Vous êtes chargé de faire un rapport concernant le désaveu de paternité. Que direz-vous ? Question grave. Eh bien ! à l'heure actuelle, étant donné les recherches de Lataste sur les mammifères, on n'aurait plus le droit d'affirmer que ce marin n'est pas le père de l'enfant qui vient de naître près d'un an après son départ. Par le fait de l'allaitement, il peut y avoir vie latente et gestation retardée. »

Ces preuves de gestation retardée du fait de l'allaitement, commencent à être connues aujourd'hui ; et, parallèlement à elles, on a étudié celles qui dépendent d'une maladie ou d'un traumatisme.

Pour nous, nous devons étendre encore la question : la gestation dite retardée jusqu'au delà du 300^e jour existe, comme le prouvent nos observations, chez la femme normalement saine, chez la femme qui reste saine pendant toute l'évolution de sa gestation et en dehors de tout allaitement.

Une fois encore, nous n'avons pas à interpréter ni à juger les lois ; il est bien vieux le dicton qui, devant l'intérêt particulier souvent lésé par l'intérêt général, s'écrie : *Summum jus, summa injuria*. Mais il était intéressant d'opposer nos observations à l'article 315 du Code !

CONCLUSIONS

I. — La gestation est, comme l'a définie notre maître M. le Professeur Pinard :

« L'état fonctionnel particulier que présentent les femelles des mammifères qui, après avoir été fécondées, portent et nourrissent le ou les produits de la génération. »

II. — Dans l'état actuel de nos connaissances la durée de la gestation est impossible à déterminer, les points de repère habituellement choisis pour en juger, c'est-à-dire la dernière apparition des règles ou la connaissance, quand elle est possible, du coït fécondant n'ayant aucun rapport absolu avec le début de la gestation.

III. — De l'étude physiologique et clinique de ces faits il résulte que rien n'autorise la conception des gestations prolongées. Seule une mauvaise interprétation des faits a pu y conduire.

IV. — Physiologiquement la prolongation de la gestation est impossible.

V. — A la suite de Lataste et de ses belles expériences sur la vie latente nous remplaçons le terme de « grossesses prolongées » par celui de « gestations retardées ».

VI. — Les faits apportés par tous les auteurs dans les débats provoqués par cette question n'ayant pas été méthodiquement décrits par eux, leur étude ne peut fournir aucun renseignement.

VII. — De l'examen de 409 observations que nous avons recueillies en dix ans dans les archives de la Clinique Baudelocque il ne résulte pas que la gestation retardée provienne de causes précises liées à l'évolution de ces gestations. Elle dépend donc des seuls phénomènes que nous avons signalés en étudiant les rapports de la menstruation et de la copulation avec l'ovulation, la fécondation et la gestation.

VIII. — Nous n'avons pas à pénétrer l'esprit des jurisconsultes qui ont fixé la loi ; mais, à l'article 315 du Code civil français qui fixe à 300 jours la limite de la durée de la gestation, nous opposons 409 observations de femmes saines chez lesquelles la gestation, calculée à l'aide des moyens dont nous disposons à l'heure actuelle, a toujours eu une durée supérieure à 300 jours.

Vu, le Président de la thèse,

PINARD.

Vu, le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Hippocrate. — *Traité de la naissance de l'enfant*. Traduction Littré, t. VII. Livre du fœtus de sept mois. Livre du fœtus de huit mois. Livre quatrième des maladies : *Argument de la génération de la nature de l'enfant*, 1851, p. 436-452-462.
- Aristote. — *Histoire naturelle des animaux*, t. I, p. 431. Traduction Camus, 1783.
- Soranus d'Ephèse. — Traduction F.-G. Herrgott, 1895, p. 69.
- Guillemeau. — *De la grossesse et l'accouchement des femmes*, Paris, 1613, p. 97.
- Louise Bourgeois, dite Boursier, 1626. *Observations* LII, p. 17.
- Mauriceau. — *Traité des maladies des femmes grosses*, Paris, 1680, page 194 (3^e édition).
- Mauriceau. — *Loc. cit.*, p. 200.
- Smellie. — *Observations sur les accouchements*, traduction de Préville, 1756. *Obs.* I, p. 108.
- Cazeaux. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 7^e édition, 1867, p. 366.
- Depaul. — *Leçons de Clinique obstétricale*, 1872, p. 98.
- Stoltz. — Article *Grossesse*. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie, t. XVII (1873).
- Feltz. — *Thèse de Nancy*, 1872.
- Gaston. — *Thèse de Paris*, 1875.
- Schmit. — *Thèse de Paris*, 1876.
- Müller. — *Thèse de Nancy*, 1877.
- Villard. — *Thèse de Paris*, 1878.
- Estachy. — *Critique médicale des grossesses dites prolongées*, Marseille, 1881.

- Voituriez. — *Thèse de Paris*, 1884-85, n° 158.
- Marcoupolos. — *Thèse de Paris*, 1893-94, n° 31.
- Cazalis. — *Thèse de Paris*, 1904-05, n° 271.
- Lavoine. — *Thèse de Paris*, 1910-11, n° 204.
- Nœgelé. — *Traité pratique des accouchements*, traduction Aubenas, 2^e édition, Paris, 1880, p. 87.
- Tarnier et Chantreuil. — *Traité de l'art des accouchements*, 1888, 1^{re} édition, p. 569.
- Ribemont-Dessaigne et Lepage, 5^e édition, 1900, p. 204 à 207.
- Pinard. — Art. *Grossesse* du dict. encyclopédique des Sciences médicales.
- Pinard. — Art. *Gestation* du dict. de Physiologie de Ch. Richet.
- Pinard. — La menstruation dans ses rapports avec l'ovulation, la fécondation, la gestation et l'allaitement (*Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, décembre 1909).
- Pinard. — Art. *Fœtus* du dict. encyclopédique des Sciences médicales.
- Brouardel. — *L'infanticide*, Paris, 1897.
- Lacassagne. — *Précis de médecine légale*, Paris, 1905.
- Balthazard. — *Médecine légale*, Paris, 1911.
- Retterer. — Art. *Fécondation*. Dictionnaire de Physiologie de Ch. Richet.
- Lataste. — *Mémoires de la Société de Biologie*, 1891, t. III, 9^e série, p. 21.
- Eternod. — *L'œuf humain*, Genève, 1909.
- Delporte. — *Contribution à l'étude de la nidation de l'œuf humain et de la physiologie du trophoblaste*, Bruxelles, 1912.
-

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.
